

OUDERDOM: ALTIJD GEBREKEN?

PREVENTIEF-GEZONDHEIDSKUNDIG ONDERZOEK MET AANDACHT VOOR
VROEGE OPSPORING VAN FUNCTIESTOORNISSEN BIJ OUDEREN IN VERZOR-
GINGSTEHUIZEN

OLD AGE: ALWAYS DISABLED?

PREVENTIVE ASSESSMENT OF RESIDENTS OF HOMES FOR THE ELDERLY
WITH SPECIAL ATTENTION TO EARLY DETECTION OF DISABILITIES

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR AAN DE ERASMUS UNI-
VERSITEIT OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. C.J. RIJNVOS
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATS VINDEN OP
WOENSDAG 25 NOVEMBER 1992 OM 13.45 UUR

DOOR

HARALD MAXIMILIEN DE BURLET
GEBOREN TE AMSTERDAM

Promotiecommissie

Promotores: prof. dr. F.J.G. Oostvogel
prof. dr. J.D. Mulder Dzn.

Overige leden: prof. dr. P.J. van der Maas
prof. dr. E. Van der Does

ISBN 90-9005512-6

Foto omslag: Marcel Minnée, Den Haag

Drukkerij: Febo-druk, Enschede

DANKBETUIGINGEN

Op de eerste twee bladzijden van dit boek wil ik graag mijn dank uitspreken jegens al die personen die een bijdrage hebben gegeven aan het zo goed mogelijk slagen van het onderzoek dat hier wordt beschreven.

Hooggeleerde Oostvogel, graag wil ik met U beginnen. Ik herinner me zeer goed dat ik in 1986 in Uw werkkamer in Rotterdam voor het eerst met U sprak over het opzetten van een onderzoek. Ik dank U voor de vele inspirerende en vaak ook relativerende ideeën die U sindsdien hebt aangedragen. Hooggeleerde Mulder, U was in 1987 bereid om als tweede promotor op te treden waarbij U vanuit Uw ervaring en betrokkenheid als huisarts veel en vaak zeer gedetailleerd commentaar en inspiratie aandroeg. Ook U dank ik daar zeer voor. De beide promotoren bleken voor de overige leden van de promotiecommissie, de hooggeleerden van der Does en van der Maas, toch niet alle gras voor de voeten te hebben weggehaaid. Dank voor Uw beider bijdragen afgelopen voorjaar.

Veel dank ook aan de heer Drs. E.A. van der Velde (afdeling Medische statistiek RU Leiden) die de statistische bewerking van gegevens (paragraaf 5.1.3 en 6.3) verrichtte.

Geachte bewoners van de verzorgingstehuizen "Nieuw-Delftweide", "Kennemeroord" en "Schalkweide". U was in grote getale bereid om mee te werken aan dit onderzoek. Mijn bewondering voor de kunst van het oud-worden, zoals U daar allen op Uw eigen wijze vorm en inhoud aan geeft, is door de vele gesprekken met U zeer toegenomen. Juist ook hoe U die kunst toepast als ouderdom niet helemaal zonder gebreken blijkt te komen.

Een bijzondere plaats nemen de beide paranimfen in. Frans Scheppers was als Directeur van twee van de verzorgingstehuizen een onvermoeibare stimulator van het onderzoek. Van jouw principiële geloof in positieve intenties van mensen heb ik de afgelopen jaren heel wat geleerd. Peter Kayser was de vriend die mij hoofd- en bijzaken te onderscheiden toen ik na een periode van werken in een ziekenhuis wilde gaan kiezen voor werken in een verpleeghuis.

De huisartsen in Haarlem komen in dit proefschrift op heel wat plaatsen ter sprake. Ik dank U voor de open en collegiale manier waarop door U gesproken en geschreven werd over de mate waarin kennis uit het verpleeghuis een aanvulling kan zijn op datgene wat er reeds is in de eerste lijn.

Besturen, Directies en stafleden van de drie verzorgingstehuizen hebben zeker bij de aanvang van het onderzoek een grote rol gespeeld in de beoordeling of een dergelijk onderzoek in het voordeel van de bewoners zou kunnen zijn. Ik dank U voor de actieve belangstelling die U ook daarna bent blijven tonen.

Bijzondere dank wil uitspreken aan de velen in verpleeghuis "Boerhaave" met wie ik tussen 1983 en 1991 heb samengewerkt. Al die jaren is samen-werken voor mijzelf iets geweest wat men met vallen en opstaan leren moet, vooral ter vermindering van het verleidelijke tegen-werken. Ik dank jullie allemaal -en wil daarbij Jan van Gent en Flemming Lehrmann in het bijzonder noemen- voor de eerlijke en genuanceerde manier waarop de samenwerking vorm kreeg.

Vanaf aanvang 1988 was een begeleidingscommissie ingesteld waarin personen deelnamen namens zowel bewoners en staf van verzorgingstehuizen als de huisartsen en het verpleeghuis. Dank aan deze commissieleden voor hun taak bij het signaleren van knelpunten in het praktisch uitvoeren van het veldwerk.

Een moeilijk te beschrijven bijdrage aan proefschriften wordt over het algemeen geleverd door familieleden. Wat Hanneke, Lotte, Kirsten en Marc betreft, voldoe ik met plezier aan de aan hen afgelegde belofte slechts één maal te promoveren. Van de commentaren die mijn vader gaf op manuscripten die ik hem toestuurde zal mij zeer bijblijven hoe hij erin slaagde het verband te leggen tussen het taalkundige en het logisch-inhoudelijke. Ik ben hem daar zeer dankbaar voor.

Dan zijn er nog mensen onder de rubriek "diversen"; ook aan hen mijn zeer bijzondere dank. De heer Paase die met niet aflatend enthousiasme medebewoners in "Schalkweide" opriep om aan het onderzoek mee te werken, mevrouw Wiersma die datzelfde in "Nieuw-Delftweide" deed en de dames Koen en Koudijs die binnen "Kennemeroord" deelnemen bevorderden. Ingrid Bakker, Ied Zweers, Marijke Assendelft en Daan van Maare die huisartsen hielpen herinneren aan het terugzenden van enquête-formulieren resp. bewoners enquêteerden. Theo Vis die literatuur zocht en vond. Marc Campman die mij begeleidde op de eerste zoektochten op het computer-toetsenbord. En in de slot-fase Christine Damsté en Professor Arie (Nottingham) die hielpen bij het vervaardigen van een Engelse samenvatting.

De laatste categorie personen aan wie welgemeende dank dient te worden uitgesproken, zijn zij die financiële ondersteuning gaven. De Kennemer Stichting Bejaardenzorg "Schalkweide" en de Haarlemse Stichting Bejaardenzorg "Nieuw-Delftweide" gaven medio 1988 een onmisbare start-subsidie. In 1991 werden de Zusters Dominicanessen van het Catharina-Apostolaat te Enschede en het Bestuur van verpleeghuis "Boerhaave" bereid gevonden een zodanig bedrag ter beschikking te stellen dat de verder gemaakte onkosten konden worden betaald. Verpleeghuis "Het Wiedenbroek" bood aan de drukkosten op zich te nemen.

INHOUD

Dankbetuigingen

Inleiding

<u>A. VERKENNING EN LITERATUURSTUDIE</u>	1
<u>1. Ouderen</u>	1
1.1 de gezondheid van ouderen	1
1.2 geneeskunde en ouderen	2
1.3 ouderen in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen	4
1.4 medische zorg in verzorgingstehuizen	6
1.5 samenvatting	8
<u>2. Preventie: nuttig voor ouderen?</u>	9
2.1 vormen van preventie	9
2.1.1 primaire preventie	9
2.1.2 secundaire preventie	10
2.1.3 tertiaire preventie	10
2.1.4 screening en case-finding	10
2.2 criteria voor het nut van preventie	11
2.3 screening en case-finding: uitgangspunten	13
2.3.1 voorbeelden van screening	15
2.3.2 voorbeelden van case-finding	15
2.3.3 het nut van screening en case-finding	18
2.4 screening en case-finding voor ouderen: inhoud	22
2.5 screening en case-finding voor ouderen: procedure	31
2.6 samenvatting	33
<u>B. VRAAGSTELLING EN METHODE</u>	35
<u>3. Doelstelling en vraagstelling</u>	36
<u>4. Methode en materialen</u>	36
<u>C. RESULTATEN</u>	40
<u>5. Resultaten: beschrijving van de populatie</u>	40
5.1 algemene kenmerken van de populatie	40
5.1.1 bereidheid tot deelnemen	40
5.1.2 bereidheid opnieuw deel te nemen	41
5.1.3 bewoners die niet bereid waren tot deelname	42
5.1.4 de drie verzorgingstehuizen	44
5.1.5 leeftijd	44
5.1.6 geslacht	45

	pag.
5.1.7 burgerlijke staat	45
5.1.8 verblijfsduur	46
5.1.9 meerzorg-score	46
5.1.10 huisartsen per bewoner	47
5.1.11 eerste, tweede of derde deelname	48
5.2 functioneren en medicatie-gebruik	48
5.2.1 bloeddruk	48
5.2.2 gewicht	49
5.2.3 lichamelijk en psychisch functioneren	49
5.2.4 beheer over geneesmiddelen	52
5.2.5 geneesmiddelen: aantallen en soorten	52
5.3 samenvatting	54
<u>6. Resultaten: de signalen</u>	55
6.1 consultatie zonder signaal	55
6.2 de 372 uitgezonden signalen	56
6.2.1 bloeddruk en gewicht	57
6.2.2 lichamelijke functie-stoornissen	59
6.2.3 psychische functiestoornissen	61
6.2.4 geneesmiddelen en bijzonderheden	63
6.3 statistische bewerking van de gegevens inzake uitgezonden signalen	66
6.3.1 samenhang tussen kenmerken van bewoners en het uitgezonden worden van signalen	66
6.3.2 samenhang tussen kenmerken van het signaal en van bewoners en de wijze van beoordeling van het signaal	67
6.4 samenvatting	67
<u>7. Resultaten: meningen van betrokkenen</u>	69
7.1 meningen van bewoners	69
7.2 meningen van huisartsen	70
7.3 een vraag aan bewoners en huisartsen	73
7.4 samenvatting	74
<u>D. BESCHOUWING EN CONCLUSIES</u>	75
<u>8. Beschouwing</u>	75
8.1 de populatie	75
8.2 de uitgezonden signalen	78
8.3 kan screening en case-finding beperkt worden?	79
8.4 hoe zou screening en case-finding moeten worden uitgevoerd?	80
8.5 case-finding en de rol van de medisch adviseur in het verzorgingstehuis	81

	pag.
<u>9. Conclusies en aanbevelingen</u>	82
<u>10. Samenvatting</u>	84
<u>11. Summary</u>	85
<u>12. Geraadpleegde literatuur</u>	92

BILLAGEN

1. schema aandachtspunten preventief onderzoek "consultatie"
2. vragenformulier over consultatie (bij "geen signaal")
3. vragenformulier over consultatie (bij "twee signalen")
4. vragenlijst voor ouderen
5. vragenlijst voor huisartsen

Curriculum vitae

Inleiding

In Nederland wonen ongeveer 150.000 ouderen in een verzorgingstehuis. Velen zetten zich in om de gezondheid van deze ouderen in zo goed mogelijke conditie te houden. Met de in dit proefschrift beschreven studie wordt nagegaan of de geneeskundige zorg voor deze bewoners verder verbeterd zou kunnen worden.

Mevrouw Bosplaat

Mevrouw Bosplaat is 83 jaar. Zij heeft acht jaar geleden haar rechter heup gebroken. Dat was toen een drama: haar linker heup was namelijk haar slechte reuma-heup; de operatie van haar gebroken heup mislukte. Ondanks intensief oefenen kon ze vrijwel geen stap zetten na de operatie. Samen met haar echtgenoot woonde ze in een verzorgingstehuis. Ze kon met veel moeite in en uit de rolstoel komen; haar man reed haar met veel plezier naar alle activiteiten in het huis. Ze was zelfs penningmeester van de kaart-club!

Twée jaar geleden is haar echtgenoot overleden. Voor Mevrouw Bosplaat stortte de wereld in. Anderen boden onmiddellijk aan haar te rijden zoals haar man had gedaan. Zij wilde niet. "Dank je wel" moeten zeggen scheidt afhankelijkheid, was haar antwoord. Op verzoek van de huisarts kwam een ergotherapeute uit het verpleeghuis met Mevrouw praten over de mogelijkheden van een elektrische rolstoel. Ze was er nog niet aan toe.

Nu -twee jaar na de dood van haar man- is ze heel wat slechter geworden. Ze kan niet meer in en uit de rolstoel. Ze heeft zich geïsoleerd. Ze heeft zo veel hulp nodig van de verzorgenden van het huis dat die aangeven dat mevrouw eigenlijk niet meer in een verzorgingstehuis past, maar naar een verpleeghuis zou moeten. Haar huisarts heeft over haar situatie overleg gevoerd met een geriater die verbonden is aan een ziekenhuis in de stad. Daarbij is veel aandacht gegeven aan afwijkingen in het bloed die zouden kunnen passen bij een opvlamming van reuma. Mogelijk dat die opvlamming de oorzaak zou kunnen zijn van de algemene verslechtering bij haar. Besloten wordt om mevrouw in het ziekenhuis op te nemen op de geriatrische afdeling.

Aanleiding tot dit onderzoek

Verhalen van oude mensen -zoals het verhaal van Mevrouw Bosplaat-zijn zelden eenvoudig te doorgronden. Er zijn altijd heel wat verhalen voorafgegaan aan dat ene waarmee de patiënt nu komt. Boyd¹ zegt dat de patiënt de arts (of anderen in de omgeving) een bepaalde richting opstuurt door -wat hij noemt- het uitspreken van een wachtwoord. Als de patiënt bijvoorbeeld klaagt over pijn op de borst, zal het uitspreken van juist dat wachtwoord hem of haar snel in het medisch kanaal brengen. Echter, als de patiënt het wachtwoord "vermoeidheid" noemt, is de benadering heel anders. Terwijl -bij nadere beschouwing- het probleem van de eerste patiënt angst kan blijken te zijn en dat van de tweede bloedarmoede.

Ook Mevrouw Bosplaat zendt een aantal wachtwoorden uit: haar weduwe-zijn, haar immobiliteit, haar reuma. Welk wachtwoord zal het in de afweging winnen? Tot welke besluitvorming zal haar huisarts komen? En: in welke fase overweegt de huisarts contact op te nemen met een verpleeghuis om te helpen het probleem op te lossen? Als Mevrouw Bosplaat dank zij een ziekenhuisbehandeling verbetert, komt ze niet in het verpleeghuis.

Als het niet lukt, komt ze er wel. In dat geval zal men in het verpleeghuis zeggen: "zie je wel; hadden ze maar naar een ander wachtwoord geluisterd!" Oostvogel sprak reeds in 1971 over de "achterhoedegevechten" die het verpleeghuis voert bij patiënten waarbij een vastgelopen situatie lijkt te zijn ontstaan waardoor uiteindelijk geen mogelijkheden tot behandeling meer over zijn². Als het verpleeghuis de mogelijkheid krijgt in een eerder stadium zorg aan te bieden -meer in de voorhoede!- is het denkbaar dat voor mevrouw Bosplaat nog wel mogelijkheden tot functionele verbetering zijn, hoewel er bij haar reeds veel ongunstige factoren aanwezig zijn.

In de -nog jonge- verpleeghuisgeneeskunde bestaat de overtuiging dat het in het voordeel van veel ouderen is om niet alleen naar zogenaamde medische wachtwoorden te luisteren -gericht op het opsporen van diagnoses- maar juist meer te letten op wachtwoorden - d.w.z.: verschijnselen of klachten- die iets zeggen over het functioneren van de oudere mens³. De hoop om deze manier van werken meer over het voetlicht te brengen is de belangrijkste prikkel tot het uitvoeren van dit onderzoek geweest.

Opbouw van dit boek

Dit boek beschrijft een onderzoek dat in 1988, 1989 en 1990 in drie verzorgingstehuizen in Haarlem resp. Heemstede werd uitgevoerd. Deel A geeft een overzicht van de literatuur betreffende het mogelijke nut van vroege opsporing van functiestoornissen (handicaps) bij ouderen. Argumenten worden naar voren gebracht en bediscussieerd waarom enerzijds deze handicaps bij bewoners van bejaardenverzorgingstehuizen onopgemerkt gebleven zouden zijn en anderzijds effect zou mogen worden verwacht na eerdere opsporing van deze handicaps. Deel B bevat de vraagstelling van het onderzoek en een beschrijving van de onderzoeksmethoden. Zie ook bijlage 1, waarin het onderzoeksschema wordt toegelicht. Deel C geeft in drie hoofdstukken een beschrijving van de resultaten. Beschreven worden de populatie (hoofdstuk 5), de bij deze ouderen gevonden bijzonderheden of signalen (hoofdstuk 6) en de mening van bewoners en huisartsen over het onderzoek (hoofdstuk 7). In deel D worden beschouwingen gegeven en conclusies getrokken.

A. VERKENNING EN LITERATUURSTUDIE

1. Ouderen

In alle Westerse landen neemt het aantal ouderen toe. In Nederland waren in 1946 slechts zeven procent van de inwoners ouder dan 65 jaar; in 1988 waren dat er reeds dertien en in 2010 voorspelt men een percentage van ruim zestien⁴. Binnen de groep mensen ouder dan 65 jaar treedt een verschuiving op inhoudende een toename van diegenen ouder dan 75 jaar en een afname van ouderen tussen 65 en 75 jaar. Men spreekt over "dubbele vergrijzing" om deze relatieve toename van ouderen boven 75 jaar aan te duiden.

1.1 de gezondheid van ouderen

Zijn de getallen over de toename van het aantal ouderen een reden tot bezorgdheid? Op zich is het onder geriatrisch geïnteresseerden een goed gebruik om veel minder belang te hechten aan de kalenderleeftijd dan aan de biologische leeftijd. Het gaat er dus maar om in hoeverre het lukt om de ouderen gezonde ouderen te laten zijn.

Fries schreef in 1980 een sindsdien veel geciteerd artikel waarin hij een optimistische visie uitdraagt⁵. Zijn betoog gaat ervan uit dat er een zeker maximum aan onze levensduur gesteld is en dat allerlei ziekten (vooral infectieziekten) die jeugdigen treffen gelukkig aan het verdwijnen zijn. Als we nu maar kiezen voor een gezond leven, dan kunnen we zoveel mogelijk invaliderende chronische aandoeningen (emfyseem, arteriosclerose) vermijden en redelijk gezond oud worden tot een leeftijd die voor elk van ons het individuele biologische maximum is. Een moment waarop "everything comes apart at once and repair is impossible", schrijft hij. Vergelijk dit met het standpunt van Illich die het medisch imperialisme verwijt "grootmoeders klachten te zien als een reden om haar te behandelen in plaats van haar geduld en respect te betonen"⁶. In de laatste alinea van het artikel speculeert Fries over een verandering in zorg die zou gaan ontstaan als er een maatschappelijke aanvaarding komt van het idee dat "repair is impossible". Hij zegt dat dan gekozen zal worden voor een niet-medisch-technische aanpak van de zorg: "cure" is immers toch onmogelijk!

Drie jaar na Fries schreven Schneider en Brody een tegen-artikel waarin ze het sprookje van Fries doorprikten⁷. Beëindiging van het leven treedt bij ouderen niet op door een zogenaamd "biologisch maximum" maar wel degelijk door specifieke ziekten die soms wel en soms niet behandelbaar zijn. In hun ogen lukt het niet de chronische ziekten te onderdrukken (Alzheimer'se dementie en artrose nemen juist toe). Daarom zetten zij zich met grote kracht af tegen maatschappelijke gevolgen die de ideeën van Fries oproepen; ze zijn bang dat er minder geld gaat komen voor kosten van gezondheidszorg voor ouderen omdat geldgevers -gezien de algehele krapte- het rendement van zorg voor ouderen ("repair is impossible") te klein zouden vinden.

Er bestaat eigenlijk maar weinig onderzoek naar de werkelijke gezondheid van ouderen en vooral van hoogbejaarden dat een antwoord kan geven op de vraag welke van de twee theorieën in de praktijk meer bij de waarheid in de buurt komt. Palmore heeft één van de weinige longitudinale studies gedaan waaruit een zeer grote individuele variatie blijkt in

het beloop van functies bij het ouder worden⁸. In een tussen 1980 en 1987 uitgevoerd onderzoek met een vergelijkbare opzet komt Jagger ook tot de conclusie dat oud-woorden zeer individueel bepaald wordt⁹. Zij probeert aan de hand van haar onderzoeksresultaten nog een uitspraak te doen omtrent de zorgbehoefte van de door haar onderzochte ouderen. Met name het feit dat 74% van de "critically dependent" ouderen nog thuis woont, doet haar vermoeden dat de zorgbehoefte van ouderen in de toekomst toe neemt: immers, de verzorgers van deze "critically dependent" ouderen -partners, kinderen- zullen de zorg steeds moeilijker kunnen opbrengen. Robine beschreef in een overzichtartikel Franse, Amerikaanse en Canadese getallen waarmee een indruk verkregen kan worden omtrent de kwaliteit van leven die gewonnen wordt dank zij de in al deze landen optredende verlenging van de gemiddelde levensverwachting¹⁰. Met name de Canadese getallen maken duidelijk dat bij de winst in jaren maar weinig winst in kwaliteit wordt behaald. Vooral de jaren dat mensen min of meer geïnvalideerd zijn (zoals o.a. blijkt uit het opgenomen zijn in een verpleeghuis) nemen toe. Ook de statistische gegevens betreffende de overlevingsduur van Nederlandse verpleeghuispatiënten vanaf hun opname tonen aan dat er toch nog een hele tijd verstrijkt vanaf een moment waarin in veel gevallen toch "repair impossible" is. Uit de STVIS-gegevens blijkt dat patiënten in een verpleeghuis pas overlijden na een gemiddelde opname-duur van ruim twee jaar¹¹. Het langst is de overlevingsduur van vrouwen met een psychogeriatrische aandoening: drie en een half jaar. Waarschijnlijk een belangrijke oorzaak hiervoor is dat niet alle menselijke functies in gelijke mate achteruitgaan (Fries zei: "everything comes apart"). Psychogeriatrische patiënten beschikken soms lichamelijk over een redelijke gezondheid.

Een belangrijke vraag blijft hoe ouderen zelf dan hun gezondheid ervaren: als slechter omdat ze geïnvalideerd zijn of toch voor hen van belang omdat ze in ieder geval leven? Uit eigen ervaring ben ik geneigd te zeggen dat dit nu juist zeer individueel bepaald lijkt te zijn. Dat zou inhouden dat de arts, na zich per individu verdiept te hebben in de situatie, bereid moet zijn om in het ene geval te denken in termen van Fries en af te zien van reparatie-pogingen en in het andere geval wel medische mogelijkheden aan te bieden. Uitvoering van een dergelijk "twee-sporen-beleid" (een woord uit de praktijk van het verpleeghuis) betekent een noodzaak tot flexibiliteit niet alleen voor de arts maar even goed voor alle andere hulpverleners in de ouderenzorg en voor andere betrokkenen zoals familie-leden en vrijwilligers.

1.2 geneeskunde en ouderen

Ouderen leggen verhoudingsgewijs veel beslag op de medische middelen. Bijna een derde van degenen die in een ziekenhuis worden opgenomen, zijn ouder dan 65 jaar; 44% van de ligdagen in ziekenhuizen worden door 65+-ers gebruikt (gegevens uit 1990)¹². Vergelijk hiermee het aantal 65+-ers in de algemene bevolking: ongeveer 13%.

Hoewel geneeskunde voor ouderen in de praktijk vaak min of meer een copie van geneeskunde voor jongeren lijkt te zijn, is er een specifieke aanpak bepleit, vergelijkbaar met het twee-sporen-beleid dat in de vorige paragraaf werd genoemd. Williams en Hadler beschreven een visie op medische zorg voor ouderen, waarbij meer uitgegaan wordt van een functionele dan van een diagnostische aanpak¹³. Zich baserend op de in veel opzichten onvermijdelijke achteruitgang door veroudering (zie ook Fries), zeggen deze auteurs dat het efficiënter is symptomatisch -gericht op dysfunctie- te behandelen dan oorzakelijk,

gericht op het wegnemen van een laesie. De Fockert, een Haarlemse geriater, beschreef hoe deze denkwijze van toepassing is in zijn geriatrie praktijk¹⁴. Meyboom beschreef hoe de huisarts zich op functiebeperkingen bij ouderen kan richten¹⁵.

Deze manier van denken over het benaderen van de gebreken die de ouderdom (soms) met zich meebrengt, roept de vraag op hoe groot de rol van de arts bij de zorg voor ouderen moet zijn. "Is the care of the chronically ill a medical prerogative?", luidt de titel van een artikel van Gillick. Hij citeert daarin een uitspraak uit 1896: "Many of the aged and infirm through arteriosclerotic changes and other conditions due to advancing years are in one sense properly classified as sick. On the other hand, such persons require little medical care and are no doubt more economically and more satisfactorily cared for in an institution which is not strictly speaking a hospital"¹⁶.

In Nederland hebben zich naast elkaar een meer diagnostische aanpak en een meer functionele aanpak van de geriatrie ontwikkeld, resp. de klinische geriatrie en de verpleeghuisgeneeskunde. Thijssen, een Amsterdams geriater, maakt het onderscheid aldus: "De geriatrie patiënt hoort alleen in het ziekenhuis te worden opgenomen als er een ziekenhuisindicatie is, dat wil zeggen een diagnostische vraag of een behandelingsvraag. Als er alleen een zorgvraag is, dient de patiënt in het verpleeghuis te worden opgenomen."¹⁷ Bij dit onderscheid kan men twee kanttekeningen plaatsen. Ten eerste zijn er in de praktijk vaak grensgebieden. Een behandelingsvraag kan een verkapte vraag om vooral zorg zijn en omgekeerd kan door een zorgvraag een mogelijk dringende vraag om "cure" worden gecamoufleerd. Zie ook de beschouwing van Boyd over de wachtwoorden in de inleiding¹. Ten tweede wordt er in het verpleeghuis zowel door de arts als door het gehele multidisciplinaire team wezenlijk ook aandacht geschonken aan diagnostische en therapeutische vragen, zodat een beperking tot "alleen zorgvragen" geen recht doet aan de werkelijkheid.

Ribbe gaf onlangs een visie op wat de verpleeghuisgeneeskundige aanpak wel lijkt te zijn³. Hij meent dat geneeskunde in het verpleeghuis steeds rekening dient te houden met het feit dat de patiënt aan de grens van het leven staat; rekening houdend hiermee -en dus heel bescheiden- dient de arts zijn mogelijkheden aan te bieden. Het streven is niet "volledig herstel van anatomie en functie" maar "een menswaardig bestaan met het hoogst haalbare niveau van zelfredzaamheid". Dat deze visie op de manier van werken in het verpleeghuis van groot belang is, blijkt ook uit de organisatorische consequenties ervan: Bom en Cools maakten op grond van deze visie een model voor samenwerking tussen verschillende hulpverleners in het verpleeghuis¹⁸. Hierbij is gestreefd naar een gelijkwaardige inbreng van deze hulpverleners bij de vaststelling van het zorgplan.

Hoe denken ouderen zelf over de geneeskunde? Er bestaat veel literatuur over de terughoudendheid van ouderen om zich tot hun omgeving of tot hun arts te wenden als zij bij zichzelf medische problemen vaststellen. Ouderen denken dat niemand zich speciaal met hun probleem zal willen bemoeien; ze proberen het probleem zelf op te lossen, eventueel met huismiddeltjes¹⁹. Wel blijkt het afhankelijk van de soort klacht of men wel of niet naar de dokter gaat. Voor aandoeningen van oren, urinewegen of centraal zenuwstelsel gaat men niet; voor aandoeningen van hart of longen, het maag-darmstelsel of het bewegingsapparaat gaat men juist wel²⁰. Men spreekt over het zogenaamde "ijsbergfenoomeen": een groot gedeelte van de klachten die ouderen hebben, bereikt de dokter niet

maar blijft onzichtbaar. Veel heeft te maken met de belevingswereld van de oudere en de manier waarop de arts hiermee omgaat. Van der Wulp schreef hierover voor wat betreft patiënten in een somatisch verpleeghuis²¹. "U kunt naar huis" lijkt een heel prettige boodschap voor iemand die zojuist hersteld is van een kleine medische ingreep; voor een hoogbejaarde in een wankel evenwicht kan het een volstrekt onwerkelijke mededeling zijn.

Behalve de belevingswereld van de oudere zelf speelt natuurlijk ook de interactie met de opstelling van hulpverleners/artsen een rol. Calkins beschreef dat artsen ertoe neigen aan door ouderen gemelde symptomen minder consequenties te verbinden²². Caradoc-Davies deed onderzoek naar de attitude van hulpverleners en ouderen jegens verbetering in functioneren tijdens verblijf op een geriatrische reaktiverings-unit²³. Het bleek dat ouderen veel minder tevreden waren met de bereikte verbetering, wellicht ook omdat ze het succes ervan in de totale context van hun functioneren plaatsten.

Een ander onderwerp waarover in dit verband enige literatuur kon worden gevonden, betreft de wens bij ouderen tot het al dan niet gereanimeerd willen worden. Artsen lijken hiervan slecht op de hoogte te zijn; met name ziekenhuisartsen neigen ertoe te denken dat de patiënt gereanimeerd wil worden terwijl de patiënt dat niet wil; huisartsen zijn relatief beter op de hoogte van de werkelijke behoefte van ouderen op dit punt²⁴⁺²⁵.

1.3 ouderen in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen

Meer dan in het omringende buitenland is het in Nederland gebruikelijk dat ouderen in instituten -verzorgingstehuizen en verpleeghuizen- terecht komen²⁶⁺²⁷. Bij dit gegeven valt overigens wel een kanttekening te plaatsen. Als voornaamste conclusie na een vergelijkend onderzoek naar ouderenzorg in de Verenigde Staten en Zweden werd gesteld dat de voorzieningen onderling teveel verschillen om een vergelijking te kunnen maken²⁸. Voor Nederland geldt dat het als intramurale instelling etiketteren van een verzorgingstehuis -vergelijkend met een Engels "part III-home"- tekort doet aan het woonkarakter van het verzorgingstehuis.

Het is niet gemakkelijk om van beide instituten een goede definitie te geven omdat de instituten zich in de tijd ontwikkelen en omdat er verschillen zijn in ontwikkeling van plaats tot plaats. Het verzorgingstehuis (de Wet uit 1963 spreekt van "bejaardenoord"; in de spreektaal hoort men ook de woorden "bejaardenhuis" en "rusthuis") is "een inrichting waarin aan ten minste vijf bejaarden duurzame huisvesting, gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging wordt verschaft" (Wet op de bejaardenoorden, artikel 1). De nadruk ligt dus op het woon- en leefmilieu. Het verpleeghuis wordt in officiële stukken gedefinieerd als een instelling waar de nadruk ligt op totale zorg (incl. woon- en leefmilieu) bedoeld voor mensen die geen medisch-specialistische behandeling behoeven.

Qua geschiedenis hebben verzorgingstehuizen en verpleeghuizen een verschillende achtergrond. Verzorgingstehuizen zijn in de jaren vijftig fors gegroeid. Enerzijds om de woningnood in die jaren te verminderen. Gehoopt werd dat de bejaarde die verhuisde, woonruimte over zou laten waar gezinnen gebruik van zouden kunnen maken. Anderzijds vond de groei ook plaats omdat ouderen er meer bescherming en verzorging hoopten te ontvangen dan thuis. Men noemt het verzorgingstehuis wel een vervangende woonvorm; de bewoner is er klant en koning²⁹. In een recent proefschrift beschreef Mertens de effecten die verhuizing

naar het verzorgingstehuis heeft op gezondheid en welbevinden³⁰. Uit zijn gegevens waarbij 455 ouderen twaalf jaar vervolgd werden, komt een in grote lijnen positief beeld van het verzorgingstehuis naar voren.

Verpleeghuizen hebben een langere geschiedenis dan verzorgingstehuizen maar hun grootste groei is van recenter datum. Voor de tweede wereldoorlog was het veel meer gebruikelijk dan nu dat chronisch zieken die niet thuis konden zijn, tot hun dood in ziekenhuizen verbleven. In 1929 werd in Beekbergen voor het eerst een "ziekenhuis voor chronisch zieken" in gebruik genomen: "het Zonnehuis". In de jaren vijftig werd vervolgens gesproken over een ruimer opzetten van verpleeghuizen. Oostvogel heeft geschetst hoe in die tijd alternatieven voor het opzetten van verpleeghuizen werden bepleit³¹. Enerzijds pleitte Muntendam er voor deze chronisch zieken en ouderen het liefst in de thuissituatie op te vangen. Anderzijds benadrukte Schreuder -de nestor van de klinische geriatrie- de noodzaak tot verdere uitbouw van de geriatrie ter voorkoming van chroniciteit. Hij zei: "Zo lang de ziekenhuizen geen geriatrie afdelingen hebben zal men nooit genoeg verpleeghuizen kunnen bouwen.". Nog steeds lijken deze twee standpunten weinig van hun actualiteit te hebben verloren. In 1968 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd. Hierin werd bepaald dat iedere Nederlander recht heeft op opname in een verpleeghuis indien hiertoe een indicatie bestaat. Na invoering van de AWBZ werd een groot aantal verpleeghuizen gebouwd: tussen 1969 en 1976 werd ruim de helft van het huidige beddenaantal gerealiseerd. De bewoner in het verpleeghuis is niet alleen "bewoner" maar ook "patiënt": dat vormt de basis voor haar of zijn indicatie krachtens de AWBZ. In het verpleeghuis wordt zorg verleend die voldoet aan vier kenmerken: continu, veelal langdurig, systematisch en multidisciplinair (men spreekt van CLSM-zorg).

De laatste jaren is de populatie verzorgingstehuisbewoners aan het veranderen, leidend tot een toename van bewoners met enige invaliditeit. Remmen constateerde in 1985 dat de grenzen tussen verzorgingstehuisbewoners en verpleeghuispatiënten niet meer zo duidelijk waren³². Ook in het buitenland worden overigens dat soort overlappingsen geconstateerd³³. Van Loveren-Huyben legde de nadruk op de aanwezigheid van psychische en sociale problemen bij bewoners in het verzorgingstehuis³⁴. Biesenbeek schetste de beleidsmatige consequenties van de opvang van verpleeghuispatiënten in verzorgingstehuizen³⁵. Een klein eigen onderzoek in drie verzorgingstehuizen in de Haarlemse regio liet eveneens zien dat 15% van de bewoners in deze (willekeurig gekozen) verzorgingstehuizen met name in psychogeriatrische zin leken te voldoen aan criteria voor verpleeghuispatiënten³⁶.

Men kan deze verschuiving van de zorgzwaarte van bewoners in verzorgingstehuizen ook aannemelijk maken door te wijzen op de aantallen opgenomen in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. In 1980 woonden 8,1% van de Nederlanders boven de 65 jaar in een verzorgingstehuis; in 1989 was dit 7,0%³⁷. Door strenger indiceerbeleid werd deze vermindering bereikt die ingaat tegen de te verwachten stijging door de dubbele vergrijzing. Het aantal verpleeghuisplaatsen per 1000 Nederlanders is vanaf 1980 constant 3,3³⁷. In de verpleeghuizen kan dan ook worden aangetoond dat de gemiddelde hulpbehoefte per verpleeghuisbewoner toe neemt, door dit constant-blijven (bij toenemende vergrijzing!)¹¹⁺³⁸. Met andere woorden: als er minder verzorgingstehuisplaatsen komen voor meer oude mensen -en er zijn geen extra mogelijkheden tot uitplaatsen naar

verpleeghuizen- kan het niet anders dan dat de zorgzwaarte in verzorgingstehuizen toeneemt.

Er zijn echter ook duidelijk signalen die erop duiden dat er wel degelijk verschillen blijven tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. Met name Vink toonde dit fraai aan met vragenlijsten die door verzorgenden kunnen worden ingevuld (de zogenaamde BOP-lijst) van 673 bewoners van verzorgingstehuizen in vergelijking tot test-uitkomsten bij 152 somatische en 169 psychogeriatrische verpleeghuisbewoners³⁹. Verschillen werden vooral gevonden wat betreft hulpbehoevendheid, agressiviteit, psychische invaliditeit en inactiviteit. Op grond van haar onderzoek concludeert Vink dat het goed is dat het verschil in accent van zorgverlening blijft bestaan. Ook Meyboom pleit hier vanuit haar invalshoek voor⁴⁰: "verzorgingstehuizen dienen woonvoorzieningen te blijven en geen instellingen van gezondheidszorg, waar de zorg geheel gemedicaliseerd is". Dergelijke argumenten pleiten voor het handhaven van het onderscheid tussen de twee instellingen, ook al heeft dat tot gevolg dat overplaatsingen tussen verpleeghuis en verzorgingstehuis nodig zijn⁴¹. Buitenlands onderzoek toont de risico's aan indien bejaarden in een wankel evenwicht worden opgevangen door minder goed opgeleid personeel: de situatie in particuliere verzorgingstehuizen in de Verenigde Staten en Engeland lijkt zorgelijk⁴²⁺⁴³⁺⁴⁴. Met name in de opvang van demente ouderen wordt in Amerika gesteld dat niet-gespecialiseerde instellingen falen, zoals zou kunnen blijken uit het drie keer zo vaak dan gespecialiseerde instellingen toepassen van beschermende maatregelen bij demente ouderen⁴⁵. Dergelijke manieren van zorgverlening zouden kunnen ontstaan indien al te veel verpleeghuisgeïndiceerden in het verzorgingstehuis worden opgevangen.

1.4 Medische zorg in verzorgingstehuizen

De medische zorg in het verzorgingstehuis is in handen van de huisarts. Meyboom beschreef zeer recent de zorg die de Nederlandse huisarts aan ouderen geeft en komt tot een zeer positief beeld: juist de oudsten en daarvan juist diegenen met de meeste handicaps worden intensief bezocht door hun huisarts¹⁵. Engels onderzoek toont aan dat huisartsen bij ouderen steeds meer visites afleggen⁴⁶. Er is echter ook onderzoek waaruit bleek dat een vrij groot aantal ouderen niet door hun huisarts werd bezocht⁴⁷. Engels onderzoek laat huisartsen zien die goed⁴⁸ en slecht⁴⁹ geïnformeerd zijn over de toestand van hun oudere patiënten. Huygen schreef dat "het erg willekeurig is welke bejaarden wel en welke niet regelmatig thuis door de huisarts worden bezocht"⁵⁰. Hij hoopt dat huisartsen mede door automatisering wat selectiever naar de risico-patiënten in hun populatie zullen kijken.

Aan elk verzorgingstehuis is -volgens provinciale verordening- een medisch adviseur verbonden. De meest centrale taak van de medisch adviseur is de coördinatie -waar nodig- van de zorg van verzorgenden, huisartsen, paramedici en riagg-medewerkers. Daarnaast houdt de medisch adviseur toezicht op medische aspecten van de zorgverlening van het verzorgingstehuis. Hierbij valt te denken aan hygiëne en voeding, bewaking van de kwaliteit van uitvoering van verpleegkundige handelingen, aandacht voor activerende zorg (zowel gymnastiek en activiteitenbegeleiding bestemd voor alle bewoners, als ook specifieke activiteiten voor bijv. bewoners met psychogeriatrische moeilijkheden), bewaking van het toezicht op medicatie-beheer, beoordeling van de opname-mogelijkheden voor nieuwe bewoners en van de mogelijkheden tot verder verblijf voor bewoners

die wat betreft de verzorging extra aandacht eisen (zowel in hoeveelheid als in aard van de te geven zorg). De Gelderse Raad voor de Volksgezondheid verrichtte in 1988 een enquête naar de wijze waarop medisch adviseurs hun taak uitvoeren⁵¹. Medewerking werd verleend door 111 medisch adviseurs: 51% huisartsen, 27% verpleeghuisartsen, 22% andere artsen. Van de huisartsen had 62% ook patiënten in het verzorgingstehuis waardoor een vermenging van taken kan ontstaan waarvoor de meeste Provincies waarschuwen in de provinciale verordening. De medisch adviseurs bleken hun taak van plaats tot plaats zeer verschillend uit te voeren, hetgeen ook elders in de literatuur wordt aangegeven⁵²⁺⁵³. Er zijn verzorgingstehuizen waar de medisch adviseur een onbekende figuur is: bij een enquête onder 32 afdelingshoofden in Groningen bleek dat 70% van hen de medisch adviseur nooit raadpleegde en dat 10% niet eens van het bestaan van een medisch adviseur op de hoogte was⁵⁴.

Recent Overheidsbeleid heeft verpleeghuizen gestimuleerd ook taken buiten de muren van het instituut op zich te nemen. Hierdoor zou ook de rol van verpleeghuisartsen in verzorgingstehuizen groter kunnen worden. Reeds in 1979 werd in dit verband de mogelijkheid van een "verzorgingstehuisarts" genoemd als alternatief voor de vrij door de bewoner te kiezen huisarts⁵⁵. Huisartsen ervaren hier een bedreiging van hun positie⁵⁶⁺⁵⁷. De vereniging van verpleeghuisartsen (NVVA) nam in 1984 geen duidelijk standpunt in over de gewenste positie van de verpleeghuisarts in het verzorgingstehuis⁵⁸. Hoewel men er voor pleitte de huisarts zijn taak als spil in de gezondheidszorg te laten behouden en daarmee de rol van de verpleeghuisarts alleen zag in verdieping van het huidige functioneren als medisch adviseur (vooral met consultatie), sloot men de instelling van een verzorgingstehuisarts (welke taak door een verpleeghuisarts zou dienen te worden uitgevoerd) niet uit. Deze lijn werd doorgetrokken in het rapport van de NVVA in 1991⁵⁹. De achterliggende overweging hierbij is dat de zorggraad in de verzorgingstehuizen zodanig toeneemt dat voor deze bewoners toenemend een vergelijkbare behoefte bestaat aan de zogenaamde CLSM-zorg die bewoners in het verpleeghuis ontvangen.

De Groningse vakgroep huisartsgeneeskunde presenteerde recent twee onderzoeken die de positie van de huisarts in het verzorgingstehuis juist ondersteunen. Bij het eerste onderzoek bleken huisartsen gemiddeld meer contacten te hebben met 310 verzorgingstehuisbewoners dan met 1162 thuiswonende ouderen: resp. 7,3 en 5,8 contacten per jaar⁶⁰. Beide groepen ouderen waren even oud: gemiddeld 84 jaar. Naar het oordeel van de onderzoekers komt dit doordat bewoners van verzorgingstehuizen meer medische problemen hebben, hetgeen o.a. ook blijkt uit hun hogere medicatiegebruik van 3,0 middelen per persoon in vergelijking tot 2,1 middelen bij thuiswonende ouderen. In het tweede onderzoek werd verslag gedaan van een enquête onder bewoners, afdelingshoofden en huisartsen naar de mening over de zorg van de huisarts. Kritiek kwam er vooral van de afdelingshoofden⁵⁴. Van hen vond 71% dat er een verzorgingstehuisarts zou moeten komen. De auteurs pleiten er in hun artikel voor waarmeengroepen van huisartsen te koppelen aan verzorgingstehuizen zodat een betere communicatie tussen huisarts en verzorgingstehuis plaats zou vinden. Uit de enquête onder bewoners (182 van hen respondeerden) bleek dat zij niet zeer sterk hechten aan hun huisarts (die de helft reeds meer dan tien jaar heeft). Slechts 6% van de bewoners gaf aan dat men voor een ander verzorgingstehuis had gekozen indien de huisarts niet bereid was geweest naar dit verzorgingstehuis te komen. Ook in de groep van 53 toekomstige bewoners bleken slechts 9%

van de ouderen voor een ander verzorgingstehuis te willen kiezen indien hun huisarts niet naar het huis van hun eerste keuze zou willen komen.

1.5 Samenvatting

Het aantal ouderen en met name het aantal hoogbejaarden groeit. Een indruk werd gegeven over de theoretische discussie die wordt gevoerd over de mate waarin veroudering op zich, dan wel ziekte een rol speelt bij de achteruitgaande gezondheid van ouderen. Het idee van een zekere onvermijdelijkheid van achteruitgang bij een bepaalde -individueel verschillende- leeftijd spreekt wel aan, maar wordt door onderzoek niet voldoende ondersteund. Wel vormt dit de achtergrond voor de nadruk op een functionele aanpak van medische problemen bij ouderen naast een diagnostische benadering. In Nederland is hiermee het belangrijkste verschil tussen verpleeghuisgeneeskunde en klinische geriatrie gegeven. Ouderen zelf blijken in diverse onderzoeken ambivalent te staan ten opzichte van hun gezondheid en de bereidheid om medische bemoeienissen te doorstaan. Men spreekt van ijsbergfenomeen om aan te geven dat bij ouderen een groot deel van de medische problemen niet aan de medische oppervlakte komt. In Nederland wonen, meer dan in het buitenland, veel ouderen in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. Er bestaat een zekere overlapping tussen beide instituten hoewel er ook duidelijk verschillen blijven bestaan. Gezien deze overeenkomsten kan men zich afvragen in hoeverre sommige verzorgingstehuisbewoners niet gebaat zouden zijn bij meer intensieve zorg voor hun gezondheid, vergelijkbaar met de CLSM-zorg in het verpleeghuis.

2. Preventie: nuttig voor ouderen?

Huygen noemde de ouderen in de huisartspraktijk een "population at risk"⁵⁰. Voor huisartsen is het zijns inziens een uitdaging om, uit de gehele populatie, die bejaarden selectief aandacht te geven, die het meeste risico lijken te lopen. Dan kan achteruitgang van gezondheid worden voorkomen. In het vorige hoofdstuk is de beschrijving van de gezondheid van ouderen toegespitst op de ouderen die in verzorgingstehuizen wonen. Daarbij is aannemelijk gemaakt dat er overlappingsen bestaan tussen deze populatie en de populatie ouderen in verpleeghuizen terwijl er een groot verschil bestaat in de zorg voor de twee groepen. Daarom zou men kunnen vermoeden dat de manier van functioneel onderzoek doen bij ouderen -die in de verpleeghuizen gebruikelijk is³- ook bij ouderen in verzorgingstehuizen zinvol zou kunnen zijn. In dit hoofdstuk wordt nagegaan of er in de literatuur iets bekend is over het nut van dergelijk onderzoek.

2.1 vormen van preventie

In de literatuur worden vormen van preventie op een aantal manieren onderscheiden. Daarbij ontstaan indelingen die gedeeltelijk overlappend zijn en dus aanleiding tot misverstanden kunnen geven. Het meest bekend is de indeling in primair, secundair en tertiair; in de meer recente literatuur gebruikt men vooral de begrippen "screening" en "case-finding".

2.1.1 primaire preventie

Onder 'primaire preventie' verstaat men die maatregelen, die men treft voordat er een begin-stadium van ziekte is. Het aanbrengen van stevige leuningen in de badkamer bij ouderen is hier een voorbeeld van. Er bestaat een geleidelijke overgang tussen maatregelen gericht op primaire preventie en maatregelen gericht op positieve gezondheidszorg. Onder dit laatste verstaat men de maatregelen die niet gericht zijn op het voorkomen van ziekte, maar op het bevorderen van de gezondheid op zich. Bijvoorbeeld gezonde sportbeoefening.

Wat betreft primaire preventie bij ouderen worden in de literatuur vooral de volgende aspecten genoemd: vaccinaties, voeding en vitamines, bewegen, ergonomische adviezen ter preventie van vallen.

De meest toegepaste *vaccinatie* is die tegen influenza. In Nederland wordt jaarlijks een lijst vastgesteld van aandoeningen die als indicatie kunnen gelden voor het geven van deze vaccinatie. Veel ouderen lijden aan één of meer van de genoemde aandoeningen. Influenza is -direct of indirect- oorzaak voor veel ziekte en sterfte onder ouderen⁶¹. Eigen ervaring is dat een belangrijk aantal ouderen ambivalent staat ten opzichte van vaccinatie. Een andere vaccinatie die voor ouderen onder sommige omstandigheden zinvol zou kunnen zijn, is die tegen pneumococci⁶².

Over de *voeding* van ouderen wordt veel geschreven. Bij gezonde ouderen lijkt de inname van de belangrijkste vitamines voldoende⁶³ en lijkt suppletie als algemene maatregel niet zinvol⁶⁴. Een mogelijke uitzondering op deze regel vormt de inname van vitamine D dat van belang is voor het tegengaan van osteoporose. Vooral door minder buiten te komen

maar ook door weinig vet te eten⁶⁵ lopen ouderen een risico op een te laag gehalte aan vitamine D en daarmee mogelijk een groter risico op fracturen⁶⁶. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werd in 1987 de vraag en antwoord-rubriek twee maal gevuld met een discussie over het nut van het routine-matig toedienen van vitamine D aan verpleeghuispatiënten⁶⁷. De redactie adviseerde een profylactische toediening van vitamine D voor diegenen die weinig buiten komen.

Bewegen is voor ieder mens een nuttige activiteit en dus stellig ook voor ouderen, denkt men. Geobjectiveerd kon dit nut in een Amerikaans onderzoek niet worden, hoewel de onderzoekers wijzen op een positief effect: enthousiasme bij de deelnemers. Daarbij tekenen ze aan dat er geen negatieve effecten leken op te treden: met name traden geen ongelukken op⁶⁸. Droës toonde aan dat deelname aan groepsgymnastiek bij demente ouderen leidt tot verbetering van factoren als emotioneel evenwicht en sociaal gedrag⁶⁹.

De ergonomische *adviezen* ter preventie van vallen raken het persoonlijk leven van mensen sterker en kunnen daardoor veel verzet oproepen⁷¹. Een veel gehoord argument tegen deze aanpassingen is dat men het zonder dit advies toch al vele jaren goed gered heeft.

2.1.2 secundaire preventie

Onder 'secundaire preventie' verstaat men het afremmen van het beloop van een ziekte door in te grijpen in een presymptomatisch stadium. Bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker of hypertensie zijn hiervan een voorbeeld. Veelal wordt bij secundaire preventie niet naar de ziekte zelf maar naar een risico-factor daarvoor gezocht. Zo is hoge bloeddruk een risico-factor voor vasculaire ziekten.

2.1.3 tertiaire preventie

Onder 'tertiaire preventie' verstaat men het voorkomen van verergering of chronisch worden van één maal ontstane aandoeningen. Er bestaan bij tertiair preventieve maatregelen raakvlakken met de curatieve geneeskunde. Een goed voorbeeld vormt de supervisie van patiënten met diabetes mellitus ter voorkoming van complicaties (bijv. wonden aan de voeten)⁷². Zo'n activiteit kan men niet meer rangschikken onder secundaire preventie omdat de ziekte reeds symptomatisch is; de activiteit is ook niet als alleen curatief aan te merken omdat men zich juist richt op voorkoming van complicaties die er nog niet zijn. Bij het reactiveren van ouderen in het verpleeghuis kan men eveneens veel voorbeelden noemen van activiteiten op het grensgebied tussen curatieve en tertiair preventieve gezondheidszorg.

2.1.4 screening en case-finding

In de meer recente literatuur worden vaker de termen "screening" en "case-finding" gehanteerd dan de bovengenoemde drie termen. Beide begrippen "screening" en "case-finding" doelen alleen op de maatregelen die genomen worden om patiënten op te sporen en niet op de behandeling die daar dan op kan volgen. Bij het onderscheid tussen de begrippen "screening" en "case-finding" maken verschillende auteurs gebruik van elk een ander criterium:

-Ten eerste onderscheidt men de begrippen naar gelang de opsporing zich richt op een *eerder of later moment in het beloop* van de te voorkomen ziekte. Onder "screening" verstaat men dan het opsporen van asymptomatische ziekte; onder "case-finding" verstaat men het bevorderen van eerdere ontdekking van ziekte die al wel symptomen heeft veroorzaakt maar nog niet door de patiënt bij de arts werd gemeld⁷³. Screening en case-finding hebben dus beiden betrekking op secundaire preventie. Screening richt zich op een eerder stadium in het beloop van een ziekte dan case-finding. Ringoir en van Zonneveld laten om deze reden screening onder secundaire preventie vallen en case-finding onder tertiaire preventie⁷⁴.

-Ten tweede zijn er auteurs die onderscheid maken op grond van de *manier waarop het contact tot stand komt*⁷²⁺⁷⁵. Onder screening verstaat men dan opsporing waarbij de arts het initiatief neemt. Men spreekt ook wel van "bevolkingsonderzoek". De screening kan gericht zijn op de gehele bevolking of op een gedeelte daarvan. Bij case-finding wordt het initiatief tot contact door de patiënt genomen maar de arts gaat gedurende het contact over op andere aspecten dan degenen waarvoor de patiënt gekomen was. Met het bespreken van die andere aspecten start dan de opsporing volgens dezelfde lijnen alsof de patiënt voor een screening was opgeroepen. Sommigen noemen deze vorm "opportunistic case-finding"⁷⁶ of ook "anticipatory care"⁷².

-Ten derde wordt in de oudere literatuur een onderscheid gemaakt op grond van de *methode van opsporing*. Zo schrijft Williamson over het verschil tussen screening en case-finding⁷⁷: "During these years we gradually moved from an interest in traditional 'medical screening', which usually meant a large number of laboratory examinations and investigations, towards a much more functionally orientated case-finding process".

In de meest recente literatuur lijkt het tweede criterium (het nemen van contact) het meest gebruikt te worden als manier om "screening" en "case-finding" van elkaar te onderscheiden. Indien overgegaan zou worden tot het aanbieden van een preventief onderzoek aan ouderen in verzorgingstehuizen, zou men dit "screening" moeten noemen terwijl dit op grond van de eerste en derde definitie "case-finding" genoemd moet worden. Gezien de voorbeelden uit de literatuur (par. 2.3.1 en 2.3.2) lijkt dit niet terecht. De onderzoekers die als voorbeelden in par. 2.3.2 worden aangehaald, hanteren allen het eerste criterium om hun aanpak als case-finding te betitelen. Op grond hiervan wordt er in dit boek voor gekozen het eerst criterium als onderscheid tussen screening en case-finding te hanteren. Onderzoek waarbij gepoogd wordt klachten van ouderen in een eerder stadium op te sporen, wordt dus "case-finding" genoemd. Indien deze opsporing gebeurt door de huisarts die reeds om een andere reden contact heeft met de patiënt, wordt dit "opportunistic case-finding" genoemd. In dit literatuur-hoofdstuk zal zowel de literatuur betreffende screening als case-finding worden besproken; de meeste aandacht zal hierbij worden gegeven aan case-finding omdat auteurs aangeven dat hiervan het nut voor ouderen groter is.

2.2 criteria voor het nut van preventie

Enigszins relativerend schrijft Muir Gray: "The belief that disease should be sought at an asymptomatic stage became popular in the early 1960s when medicine was more confident than today."⁷³ In 1968 werd door de Wereldgezondheidsorganisatie een rapport uitgebracht waarin voor het eerst criteria genoemd werden waaraan een preventief-gezondheidskundig programma zou moeten voldoen om nuttig genoemd te worden⁷⁸. Sindsdien

wordt in de literatuur veelal hieraan gerefereerd. Recent werd vanuit het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG-TNO) een overzichtsartikel gepubliceerd over de beoordeling van prioriteiten in preventie⁷⁹. Meer dan vroeger wordt belang gehecht aan de winst in termen van kwaliteit van leven die dank zij preventie geboekt wordt; zie ook de beschouwingen in par. 1.1 over de kans dat de gezondheidszorg vooral een winst in jaren met invaliditeit teweeg brengt. Gezien de vele onderling verschillende en deels subjectieve factoren is het volgens het NIPG-TNO niet mogelijk met één samenhangende formule de doelmatigheid van preventieprogramma's te beoordelen. Dit is ook te lezen in kritieken⁸⁰⁺⁸¹ op het begrip "QALY" (quality-adjusted life-years) wat oorspronkelijk als een maat ter bepaling van het nut van coronaire chirurgie werd voorgesteld⁸².

De meest gedetailleerde lijst met criteria ter beoordeling van het nut van preventief onderzoek bij ouderen kon worden gevonden in de bijdrage van Magenheimer aan een Amerikaans geriatrie-leerboek. Zijn bijdrage is gebaseerd op uitgebreide literatuur-studie; o.a. heeft hij de resultaten van het onderzoek van de Canadian Task Force verwerkt⁸³.

a. ernst van de ziekte of handicap

1. Is de aandoening waarop men zich richt een relevant gezondheidsprobleem voor individuele personen en voor de gemeenschap?

b. klinisch beloop

2. Wat is het natuurlijk beloop van de aandoening vanaf symptomloze beginstadia tot aan het eindstadium? Is er een herkenbaar vroeg stadium zonder of met slechts beginnende symptomen?

3. Kan vroege herkenning het beloop van de aandoening veranderen?

4. Bestaat er een doeltreffende behandeling voor de aandoening?

c. effectiviteit van screening of case-finding

5. Bestaat er een geschikt instrument om de aandoening in het vroege stadium op te sporen?

6. Doet het instrument meer goed dan kwaad?

7. Is het instrument betrouwbaar voor de bedoelde aandoening (zowel wat betreft de sensitiviteit als de specificiteit)?

8. Wat is de invloed van de prevalentie van de aandoening op de predictieve waarde (opbrengst) van het instrument? (Immers: bij een lage prevalentie is de opbrengst aan gevonden "patiënten" lager).

9. Is het instrument aanvaardbaar voor zowel de ontvanger (de patiënt) als de aanbieder (de arts of andere hulpverlener)?

10. Hoe groot is het effect van stigmatisering door een positief testresultaat?

11. In hoeverre werken patiënten, artsen en het gezondheidssysteem mee aan het bedoelde bevolkingsonderzoek?

d. effectiviteit van de follow-up

12. Zijn diagnostische mogelijkheden beschikbaar en verkrijgbaar voor personen met een positief testresultaat?

13. Is behandeling beschikbaar en verkrijgbaar voor hen?
14. Hoe aanvaardbaar is de manier van behandelen voor patiënten en artsen?
15. Wordt de diagnostiek en behandeling aan alle in aanmerking komende patiënten gelijkelijk aangeboden?
16. Hoe groot is de invloed van diagnostiek en behandeling op de mate van lijden?

e. efficiëntie van onderzoek en follow-up

17. Hoe kostbaar is screening of case-finding in verhouding tot de kosten besteed aan diagnostiek en behandeling gericht op deze aandoening?
18. Hoe kostbaar is screening of case-finding bij aandoening A in verhouding tot de kosten besteed aan screening of case-finding bij aandoening B, rekening houdend met de effectiviteit van beide vormen van bevolkingsonderzoek (sensitiviteit en specificiteit)?
19. Hoe kostbaar is diagnostiek en behandeling bij aandoening A in verhouding tot de kosten besteed aan diagnostiek en behandeling bij aandoening B?
20. In hoeverre leidt het bevolkingsonderzoek en de hierop volgende behandelingen tot verbeterde gezondheid?

2.3 screening en case-finding: uitgangspunten

Met figuur 1 wordt gepoogd duidelijk te maken onder welke voorwaarden screening en case-finding nuttig kunnen zijn in vergelijking met andere manieren van aanpak. De tekening - mede ontleend aan Bergmann³⁴ - toont het beloop van een fictieve ziekte die op een moment "1" begint.

Onderstaand zullen genoemd worden de vier mogelijke tijdstippen tot interventie bij de fictieve ziekte:

*Als op het moment "1" een *effectieve primaire preventie* reeds toegepast was (denk bijv. aan een vaccinatie), dan treedt de ziekte niet op en blijft het niveau van zelfstandigheid "a" onveranderd, ook na het moment "1": de patiënt is geen patiënt maar is gezond gebleven. In de tekening wordt dit beloop geïllustreerd met stippellijn "I".

*Als de ziekte *bij screening* zou worden opgespoord -op het moment "2"- is het niveau van zelfstandig functioneren nog identiek aan niveau "a" en zal na effectieve behandeling de zelfstandigheid niet dalen en dus gelijk aan "a" blijven: een even goed resultaat als wanneer de patiënt in het geheel niet ziek was geworden. Het beloop volgt dezelfde stippellijn "I".

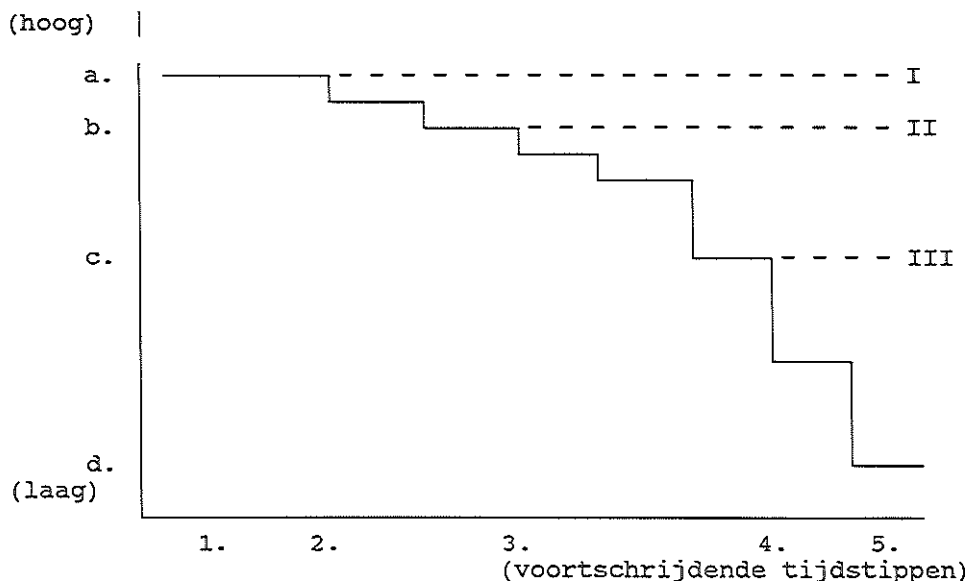
*Op het later vallende moment "3" is, jammer genoeg, reeds het begin van functie-verlies opgetreden: de patiënt heeft symptomen, hij heeft alleen nog niet besloten om hiervoor hulp te zoeken. Gelukkig werd zijn probleem *dankzij case-finding* in dit stadium "3" opgespoord zodat, dank zij behandeling, het niveau "b" behouden kan blijven. Dit beloop wordt geïllustreerd met stippellijn "II". Als gunstiger alternatief voor dit beloop kan men zich voorstellen dat er aandoeningen zijn waarbij behandeling na vroege opsporing zelfs tot verbetering van het niveau van zelfstandigheid leidt.

*Indien geen case-finding zou zijn toegepast, had de ziekte tot verdere functionele achteruitgang geleid totdat *uiteindelijk een crisis* was ontstaan op het nog weer latere moment "4" waarbij de patiënt qua zelfstandigheid zelfs tot niveau "c" is gedaald. Behandeling in deze fase geeft een beter resultaat dan niet-behandelen (behoud van niveau

"c" i.p.v. verminderen tot niveau "d"); het beloop na behandeling wordt geïllustreerd door stippellijn "III".

Figuur 1 Illustratie van de wijze waarop een fictieve ziekte in het beloop van de tijd (aangegeven tussen 1. en 5.) het niveau van zelfstandigheid (aangegeven tussen a. en d.) kan doen verminderen. Tevens is aangegeven in welke mate verschillende preventieve activiteiten kunnen bijdragen aan een zekere mate van behoud van zelfstandigheid (het verschil tussen de lijnen I, II en III).

(niveau van zelfstandigheid)



Met de drie gestippelde lijnen die het beloop aangeven na medische interventies (waartoe aanleiding was na resp. primaire preventie/screening, case-finding en uiten van klachten door de patiënt) wordt gesuggereerd dat een beter resultaat kan worden behaald naarmate eerdere interventie plaats vindt. Dit moge zo zijn bij de fictieve ziekte; onderstaand zal beschreven worden in hoeverre in de literatuur aanwijzingen konden worden gevonden die doen vermoeden dat dit ook geldt voor aandoeningen die de gezondheid van bewoners van verzorgingstehuizen bedreigen.

2.3.1 voorbeelden van screening

Er is een grote hoeveelheid literatuur over het toepassen van screening voor diverse leeftijdsgroepen en ook voor ouderen. Onderzoeken zijn bijv. verricht naar het nut van het opsporen van anaemie⁸⁵, prostaatcancer⁸⁶, andere vormen van kanker (m.n. borstkanker, op te sporen via mammografie, baarmoederhalskanker, darmkanker)⁸⁷, schildklierdysfunctie⁸⁸, tuberculose⁸⁹⁺⁹⁰. Dit is beslist geen volledige opsomming.

Drie artikelen konden worden gevonden waarin men het rendement van jaarlijks uitgevoerd laboratorium-onderzoek bij ouderen probeerde aan te tonen. Levinstein acht een bescheiden jaarlijks programma voor verpleeghuispatiënten zinvol⁹¹. Kolman vond bij 1210 testen uitgevoerd bij 68 bejaarde psychiatrische patiënten weliswaar 274 afwijkende uitslagen; zij stelt daarbij echter vast dat van die 274 er slechts 17 tot een nieuwe diagnose leidden⁹². Ook Wolf-Klein legt in haar onderzoek bij 500 thuiswonende en in een verpleeghuis opgenomen ouderen de nadruk op de discrepantie tussen de weliswaar grote opbrengst aan afwijkingen maar de geringe therapeutische gevolgen hiervan⁹³. Van de 756 gevonden afwijkende waarden leidden er slechts 12 tot een wijziging in het behandelplan. Over het effect hiervan wordt niet gerapporteerd.

De invoering -in 1989- in Engeland van een verplicht door huisartsen uit te voeren jaarlijks medisch onderzoek bij alle patiënten ouder dan 75 jaar heeft er toe geleid dat in Engeland de laatste tijd veel onderzoek naar het nut van preventieve activiteiten bij ouderen is gepubliceerd⁹⁴. Zo bestudeerde Edwards opnieuw het effect van jaarlijks bloedonderzoek bij ouderen. Na een onderzoek bij 631 ouderen werd gesteld dat het rendement te gering was geweest⁹⁵.

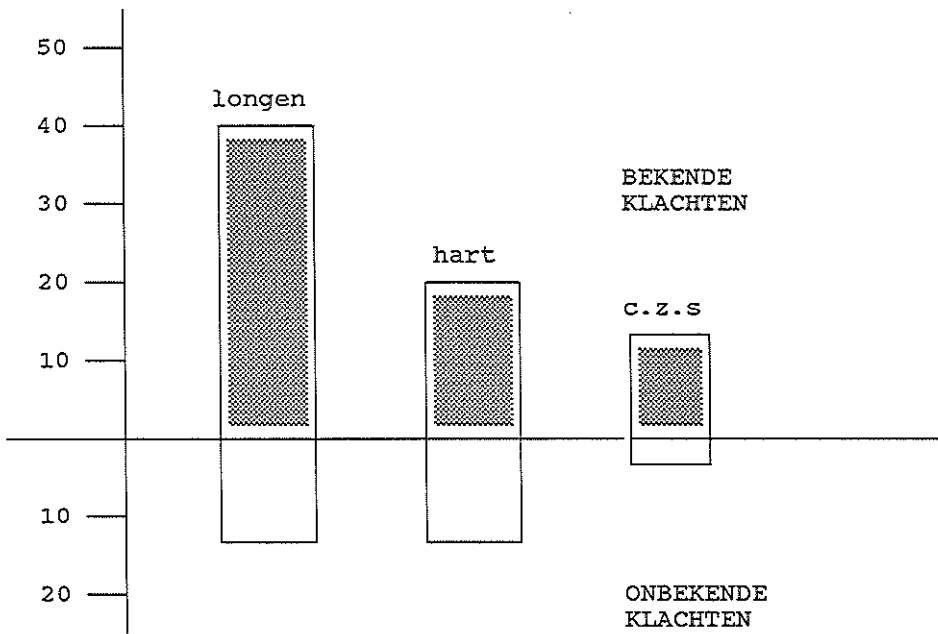
Aparte aandacht dient te worden gegeven aan de opsporing van diabetes mellitus door laboratorium-onderzoek. Van overheidswege is aangekondigd dat vroege opsporing van diabetes mellitus zeer zinvol zou zijn bij ouderen⁹⁶. Voor bewoners van verzorgings- tehuizen ouder dan 75 jaar wordt een prevalentie van 10,7% voor mannen en 15,7% voor vrouwen opgegeven⁹⁷. Het zou er dus om gaan om bij de andere ouderen diabetes mellitus in het pre-symptomatische stadium op te sporen. Om twee redenen kan men zich afvragen of dit bij ouderen wel zinvol is. Enerzijds lijkt er bij ouderen vrij veel tijd te verstrijken tussen het pre-symptomatische stadium en het stadium met niet meer te behandelen complicaties. Anderzijds is niet bewezen dat behandeling op deze leeftijd het optreden van complicaties vertraagd dan wel minder ernstig doet verlopen. Met andere woorden: ouderen zouden dan behandeld worden ter voorkoming van complicaties die ze niet meer meemaken of waartegen behandeling onvoldoende helpt. De U.S. preventive services task force wijst screening om deze reden af⁹⁸.

2.3.2 voorbeelden van case-finding

Williamson deed in 1964 een onderzoek in Edinburgh op grond waarvan hij in bijna alle verdere literatuur wordt erkend als pionier op het gebied van case-finding⁷⁷. Hij onderzocht 200 willekeurig uit de praktijken van drie huisartsen gekozen patiënten ouder dan 65 jaar. Hierbij kwam aan het licht wat hij de "iceberg of unknown disabilities" noemde. Uit zijn keus voor het woord "disabilities" (en niet "diseases") blijkt dat hij zijn onderzoek functioneel en niet diagnose-gericht had opgezet. Zie het onderscheid dat in par. 1.2 werd aangeduid. In bijgaande twee aan hem ontleende figuren ziet men overigens dat er een speciaal patroon in deze ijsberg zit: sommige handicaps zijn vrij goed bekend bij de huisarts (figuur 2); andere handicaps schuilen vaker "onder het wateroppervlak" (figuur 3).

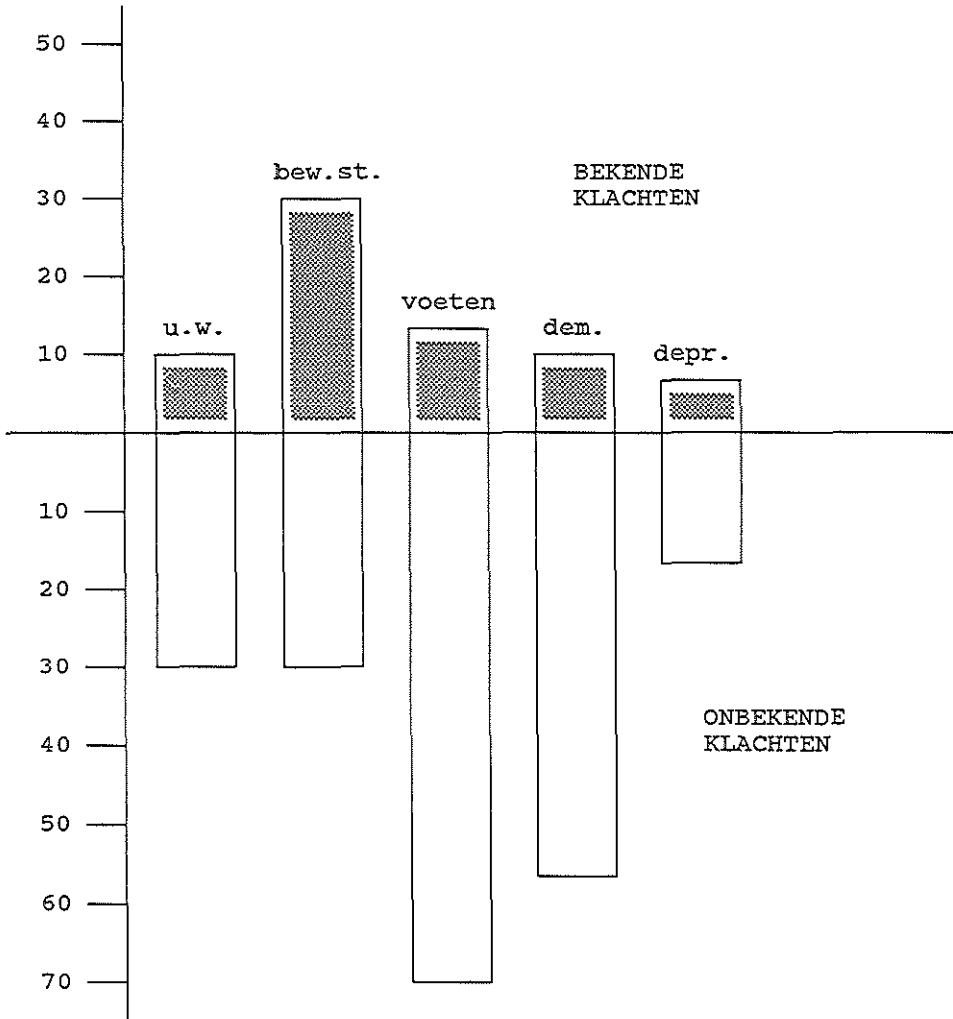
Williamson schrijft over zijn onderzoek: "My most powerful motivation was the sense of frustration caused by the fact that patients were being referred to us at such a late stage in their illness."⁷⁷. Met andere woorden: hij gaat ervanuit dat dank zij case-finding een betere behandeling denkbaar is dan wanneer gewacht wordt tot de patiënt na een crisis met de behandeling start (zie ter illustratie figuur 1). Latere auteurs hebben allen geprobeerd met hun onderzoek aannemelijk te maken dat dit ook feitelijk het geval is. Allen geven aan er uiteindelijk niet in geslaagd te zijn een onomstotelijk bewijs voor de betere behandeling dank zij case-finding te kunnen leveren. Hun aantal is veel beperkter dan het aantal onderzoekers dat screening uitvoerde: Lowther⁹⁹, Hendriksen¹⁰⁰, Vetter¹⁰¹, Tulloch¹⁰², Epstein¹⁰³, Carpenter¹⁰⁴, Fillenbaum¹⁰⁵, Barber¹⁰⁶.

Figuur 2. Bekende handicaps bij oudere mensen: handicaps waarbij het meeste van de ijsberg "boven water" is; bekendheid bij de arts is dus vrij hoog. Getoond worden klachten betreffende longen, hart en centraal zenuwstelsel (c.z.s.).



Bron: J. Williamson; Screening, Surveillance and case-finding. In: T. Arie et al, Health Care of the elderly, Croom Helm, Londen 1981

Figuur 3 Onbekende handicaps bij oudere mensen: handicaps waarbij het meeste van de ijsberg "onder water" is: bekendheid bij de arts is dus vrij laag. Getoond worden klachten betreffende urinewegen (u.w.), bewegingsstelsel (bew.st), voeten, dementie (dem.) en depressie (depr.).



Bron: J. Williamson; Screening, Surveillance and case-finding. In: T. Arie et al, Health Care of the elderly, Croom Helm, Londen 1981

2.3.3. het nut van screening en case-finding

Voor de beschrijving van de literatuur omtrent het nut van screening en case-finding zal de indeling worden gebruikt die aan Magenheimer is ontleend (zie par 2.2). Per onderdeel wordt nagegaan in hoeverre de literatuur van toepassing lijkt op case-finding (d.w.z. vroege opsporing van klachten) bij bewoners in verzorgingstehuizen.

a. ernst van de ziekte of handicap

Ouderen en zeker hoogbejaarden lopen het grote risico oud te worden met gebreken. Zowel voor elk individu als voor de gemeenschap betekent dit een ernstige zorg. Speciale groepen ouderen lopen een extra hoog risico. Williamson noemt de zeer-ouders (bedoeld wordt: ouder dan 85), alleenstaanden zonder verzorgende familieleden in de onmiddellijke nabijheid, recent-verhuisden, zij die recent weduwe of weduwnaar zijn geworden en zij die recent uit het ziekenhuis zijn ontslagen¹⁰⁷. Taylor meende dat alleen de zeer-ouders en de pas-ontslagenen een risico-groep vormen¹⁰⁸.

Fillenbaum in Amerika, Barber en Bowns in Engeland richtten zich bij case-finding op die ouderen waarvan via een enquête kon worden vastgesteld dat ze meer gehandicapt leken te zijn geraakt¹⁰⁵⁺¹⁰⁶⁺¹⁰⁹. Ook enquêtering door vrijwilligers werd toegepast¹⁰⁴. Vanuit een Engels gezondheidscentrum werd systematisch het initiatief genomen een bezoek te brengen aan die ouderen die gedurende lange tijd niet naar het centrum waren gekomen¹¹⁰. Onderzoek uit Nottingham toonde echter juist aan dat deze mensen, die niet naar hun huisarts gaan, de meest gezonden zijn¹¹¹. Op dat uitgangspunt is immers ook het standpunt gebaseerd dat het voldoende is om als huisarts zogenaamde opportunistische case-finding toe te passen, d.w.z.: preventief onderzoek doen bij patiënten die toch op het spreekuur komen. Van der Does bepleitte dat in ons land voor ouderen¹¹². Van Lidt de Jeude promoveerde op een studie die de haalbaarheid ervan bij personen tussen 35 en 55 jaar aantoonde¹¹³. Freer is één van de meest uitgesproken voorstanders in Engeland⁷⁶.

Reagerend op de in Engeland in 1989 ingestelde verplichting voor huisartsen tot het uitvoeren van een jaarlijks medisch onderzoek bij alle personen boven 75 jaar schrijft Perkins dat hiermee volstrekt voorbij gegaan wordt aan de literatuur waaruit blijkt dat het aantal te onderzoeken ouderen beperkt kan worden, via enquêtes dan wel via opportunistische case-finding¹¹⁴. Voor slechts een aantal van de ouderen boven de 75 jaar is naar haar mening een onderzoek nodig. Zij vertelt de anekdote van de bejaarde man die gevraagd wordt of hij gebruik maakt van de maaltijden van "tafeltje-dek-je" en daarop antwoordt: "Nee, ik breng ze rond."

In hoeverre dit standpunt ook geldt voor ouderen die in verzorgingstehuizen wonen is maar de vraag: die ouderen (7% van de bevolking boven 65 jaar vormend) zijn gemiddeld gesproken een meer geïnvaleerde groep⁶⁰. Aangenomen mag worden dat zij als groep een grotere kans op gehandicapt-zijn hebben.

b. klinisch beloop

De voorstanders van case-finding claimen dat de tijdwinst in figuur 1 tussen "3" en "4" leidt tot een voldoende relevante functionele winst (het verschil tussen "b" en "c"). In

figuur 1 was sprake van een fictieve ziekte: in hoeverre houden ziekten bij ouderen zich aan een dergelijke fasering en is het ook zo dat dank zij eerder ingrijpen niet de verdere daling van "b" naar "c" plaats vindt?

Recent onderzoek van het NIVEL toont aan dat de huisarts over het oudste deel van de patiëntenpopulatie een uitstekend overzicht heeft: twee derde van de mannen boven de 65 jaar en drie kwart van de vrouwen worden ten minste één maal in de drie maanden gezien¹¹⁵. Uit dit onderzoek bleek dat de huisarts bij 11% van de mannen en 15% van de vrouwen boven 85 jaar uit eigen beweging een bezoek brengt. Dit laatste gebeurt met name bij diegenen die ernstige ziektes hebben.

Het feit dat huisartsen hun patiënten vaak zien wil nog niet automatisch zeggen dat zij daarbij in voldoende mate de functionele handicaps van hun patiënten op het spoor komen. Het pionier-onderzoek van Williamson (zie figuur 2 en 3) toonde aan dat sommige handicaps buiten het beeld van de huisarts blijven ⁷⁷. Aandoeningen die zich makkelijk laten vertalen in een diagnose en een gangbare therapie (bijv. hartklachten) leken meer bekend bij artsen dan klachten waarvoor dit niet geldt (bijv. dementie). Barber en Wallis herhaalden dit onderzoek in 1976 met vergelijkbare uitkomsten¹⁰⁶. Brocklehurst, Rafferty en Smith vonden dat ouderen die in aanmerking wilden komen voor verhuizing naar een bejaardenverzorgingstehuis veel kwalen hadden waarvan hun huisarts niet op de hoogte was en die reversibel leken te zijn¹¹⁶⁺¹¹⁷⁺¹¹⁸. Lagaay onderzocht in Leiden vrijwel de gehele populatie van 85 jaar en ouder; zij concludeert eveneens dat functiestoornissen minder bekend zijn bij de huisartsen dan diagnoses¹¹⁹. Op grond hiervan pleit zij er zelfs voor om bij ouderen gericht naar functie-stoornissen te zoeken, ook als ouderen niet spontaan met klachten komen. Zij gaat niet in op de moeilijkheden die er zijn (zie vooral bij d) bij het vaststellen dat dergelijke opsporing ook bijdraagt aan verbetering van de gezondheid van ouderen.

De literatuur lijkt dus aanwijzingen op te leveren dat handicaps bij ouderen, waarschijnlijk ook in bejaardenverzorgingstehuizen, lange tijd verscholen kunnen blijven, mogelijk ook als huisartsen frequenter hun patiënten bezoeken.

c.1 effectiviteit van screening

Veel literatuur wijst op het geringe rendement enerzijds en de grote kans op fout-positieve bevindingen anderzijds bij screening van ouderen¹²⁰⁺¹²¹. In de adviezen van de U.S. preventive services task force wordt gesteld dat veel testen niet voldoen omdat de grenzen tussen ziek en gezond bij ouderen minder scherp zijn dan bij jongeren¹²²⁺⁹⁸.

c.2 effectiviteit van case-finding

Om een onderzoeksinstrument ten behoeve van case-finding te ontwerpen kan aangesloten worden op de manier waarop onderzoek bij ouderen ook in andere situaties plaats vindt. Sipsma heeft samengevat op welke punten speciaal gelet moet worden bij het onderzoek van ouderen¹²³. In Bijlage I is het instrument beschreven zoals het uiteindelijk in dit onderzoek werd toegepast.

In het geval van opportunistische case-finding is er een extra probleem bij de gespreksvoering: de arts moet na de eigenlijke klacht van de patiënt besproken te hebben, de overstap maken naar het preventieve onderdeel. Van Proosdij beschrijft dit aldus: "Tijdens zijn huis- of tehuisbezoek kan de huisarts "en passant" eens informeren naar de gang van zaken wat betreft de stoelgang, slaapstoornissen, voedingsgewoonten, alcoholgebruik, enzovoort."¹²⁴. Afgezien van het feit dat hier niet allemaal onderwerpen worden genoemd waarvan het rationeel lijkt ze bij case-finding te bespreken (zie voor de keus daarvan par. 2.4), lijkt het gemak te groot waarmee gesuggereerd wordt hoe de overstap tot stand komt. Verder is het juist bij ouderen zo (multiële pathologie!) dat die over elk van deze onderwerpen heel wat te vertellen hebben. Van Lidt de Jeude kon in zijn proefschrift vaststellen dat personen tussen 35 en 55 jaar de overstap geoorloofd vinden¹¹³. Het is de vraag of zulks ook geldt voor ouderen; door een grotere traagheid in hun vermogen tot opnemen van nieuwe informatie zouden zij de overstap kunnen ervaren als bagatellisering van hun eigenlijke probleem. Ook Freer geeft aandacht aan de manier van overstappen; hij adviseert het meten van de bloeddruk als "intermezzo" om de stap te vergemakkelijken⁷⁶. Een verder probleem is dat de huisarts tijd moet hebben voor de overstap; Fleming kon een verband leggen tussen de grootte van de praktijk en het wel of niet uitvoeren van preventief onderzoek. In grote praktijken werd minder preventief onderzoek gedaan¹²⁵.

Muir Gray legt de nadruk op ethische moeilijkheden die ontstaan als de patiënt aangeeft zijn probleem niet kenbaar te willen maken. Zijn ervaring is dat veel ouderen dit niet willen omdat ze bang zijn dat ze daardoor uit hun huis zullen moeten; vaak valt de weerstand tegen bemoeienis weg als men de oudere duidelijk heeft weten te maken dat alle inspanning er juist op gericht is thuisblijven te bevorderen⁷³. Als een dergelijke uitleg niet helpt, dient men het recht van de oudere om een eigen beslissing te nemen te respecteren. Daarnaast meent Muir Gray dat er een positief effect uitgaat van de bemoeienis: ouderen krijgen niet vaak "warm and sympathetic interest", en daarmee het gevoel dat er dus nog waarde gehecht wordt aan hun zorgen en hun leven, ook door de gezondheidszorg. Negatieve effecten -betutteling en somatische fixatie- zouden moeten worden vermeden: Huygen meent dat dit met adequate begeleiding kan geschieden¹²⁶.

Met behulp van de literatuur kan men een onderzoeksschema opstellen om bij case-finding of opportunistische case-finding op een systematische wijze ouderen te onderzoeken (zie daarvoor par. 2.4). Hoe groot de effectiviteit van dergelijke onderzoeksschema's in de praktijk bij ouderen in verzorgingstehuizen is, is onvoldoende bekend.

d.1 effectiviteit van de follow-up na screening

Wat betreft behandeling van aandoeningen die bij screening worden vastgesteld, wijzen verschillende auteurs erop dat behandelingen bij ouderen moeilijker vol te houden zijn dan bij jongeren. Enerzijds lijkt dit veroorzaakt door het gelijktijdig bestaan van veel andere aandoeningen, anderzijds door twijfels omtrent de prognose¹²²⁺⁹⁸.

d.2 effectiviteit van de follow-up na case-finding

Lowther was één van de eersten die het nut probeerde aan te tonen van case-finding en de follow-up daarvan door 300 hoogbejaarden medisch te onderzoeken gevolgd door follow-up na 18 en 30 maanden⁹⁹. Hij concludeerde dat 25% van de onderzochten baat hadden van de vroegere case-finding; bij 33% konden tijdens case-finding geen aandoeningen worden gevonden; bij 41% werd niet duidelijk of de bemoeienis succesvol was geweest. Hendriksen kon in Kopenhagen aantonen dat het aantal opnames in ziekenhuizen verminderde (doordat in een eerder stadium poliklinisch kon worden ingegrepen?) en mogelijk ook het aantal opnames in verpleeghuizen. Tevens was de sterfte in de groep waarbij case-finding werd toegepast, lager dan in de controle-groep¹⁰⁰. Vetter kon in Wales (in twee huisartspraktijken, de ene stedelijk, de ander op het platteland) geen effect vaststellen op de medische consumptie; wel was er in het stedelijke gebied een iets hogere deelname aan diensten als wijkverpleging, pedicure en tafeltje-dekje in de case-finding-groep; opvallend genoeg was in het stedelijke gebied ook de sterfte lager in de case-finding-groep hoewel dit niet te verklaren was¹⁰¹. Tulloch kon evenmin effect aantonen van case-finding in een groep van bijna 300 ouderen in Kent. Hij vond veel aandoeningen (waarvan 61% reeds bekend was bij de huisarts, een grotere bekendheid bij huisartsen dan bij het eerder genoemde onderzoek van Williamson); er trad echter geen verschil op in ziekenhuisopnames en ADL-scores; wel gebruikte de onderzoeksgroep meer voorzieningen, net als bij Vetter¹⁰². Epstein vergeleek in Amerika de effecten van consultatie door ofwel een geriatrisch "assessment-team" ofwel een "second-opinion"-internist (controle-groep) met achterwege laten van consultatie (tweede controle-groep). Op diverse manieren gemeten kon men niet aantonen dat er verschil in gezondheid of medische consumptie ontstond bij deze 600 thuiswonende Amerikaanse ouderen¹⁰³. Een recent Engels onderzoek kon weer wel effect aantonen van case-finding: Carpenter had vrijwilligers gevraagd om bij ouderen een ADL-score af te nemen waarna, bij een voldoende daling daarvan, de huisarts op de hoogte zou worden gesteld. De onderzoeksgroep werd veel vaker opgenomen in ziekenhuizen (335 tegen 252 keer) maar de controle-groep werd 33% langer opgenomen¹⁰⁴. Met andere woorden: eerder ingrijpen leidt tot een therapeutische maatregel die behandeling in een later stadium voorkomt. Er trad geen verschil op in mortaliteit of ADL-scores; wel nam het aantal valpartijen in de onderzoeksgroep significant af.

Hoewel de diverse auteurs een groot enthousiasme uitstralen voor hun onderzoek, blijkt het hen echter niet mogelijk te zijn aan te tonen dat follow-up na eerdere opsporing tot gezondheidswinst leidt. Wel konden enkele aspecten van gezondheidswinst worden bereikt (kortere ziekenhuisopnames, minder valpartijen) die ook voor bewoners van verzorgings-tehuizen van belang zijn.

e. efficiëntie van onderzoek en follow-up

Op dit laatste punt is de literatuur het minst helder. Ten eerste lijkt dat veroorzaakt doordat de zorg voor ouderen in het algemeen moeilijk evalueerbaar is omdat er een groot verschil kan zijn tussen een professioneel succes en een succes voor de échte behoeften van de oudere mens¹²⁷, zie ook par. 1.2. Ten tweede werd al gewezen op het overzichts-artikel uit het NIPG-TNO waarin de moeilijke beoordeelbaarheid van preventieve

programma's werd toegelicht⁷⁹. Ten derde is case-finding bij ouderen nog een vrij nieuw fenomeen zodat er nog weinig vergelijkend onderzoek heeft plaats gevonden.

Het is opvallend dat enkele auteurs bij het afsluiten van hun artikel melding maken van in hun ogen positieve subjectieve effecten van preventief onderzoek: het feit dat ouderen zich door hulpverleners in hun kwaal erkend voelen, ook al kan die niet medisch-technisch worden behandeld⁹⁹⁺¹⁰². Wellicht dat deze auteurs hiermee hun teleurstelling proberen te relativeren over het feit dat het aantonen van objectief effect zo moeilijk is.

2.4 screening en case-finding voor ouderen: inhoud

Uit de twee vorige paragrafen is een beeld ontstaan van het waarschijnlijk beperkte nut van screening en mogelijk grotere nut van case-finding. Onderstaand worden de mogelijke aandoeningen of problemen besproken waarnaar gezocht zou kunnen worden via preventief onderzoek. Het meest zal hierbij de mogelijkheid van case-finding worden toegelicht. Per onderdeel zal aandacht worden gegeven worden aan een omschrijving van de aandoening of het probleem, gegevens (voorzover beschikbaar) omtrent de frequentie van voorkomen, de betrouwbaarheid waarmee verschijnselen kunnen worden vastgesteld en de therapeutische mogelijkheden. Met deze gegevens kan iets gezegd worden over de mate waarin elke aandoening of probleem de lijn van de fictieve ziekte in figuur 1 lijkt te volgen.

-bloeddruk

Verhoogde of verlaagde bloeddruk kan voor ouderen een risico zijn. Men spreekt bij personen ouder dan 65 jaar van hypertensie indien de systolische bloeddruk groter of gelijk is aan 160 mm Hg en de diastolische bloeddruk groter of gelijk is aan 95 mm Hg¹²⁸. Indien zich uitsluitend een stijging van de systolische waarde voordoet, noemt men dit systolische hypertensie. Anders dan bij de hierna te bespreken aandachtspunten voor eventuele opsporing is de bloeddruk geen functioneel kenmerk dat "last" veroorzaakt; het is een risico-factor die min of meer waarschijnlijk aanleiding zal zijn tot morbiditeit of sterfte. Mogelijke gevolgen van hypertensie zijn: het cerebrovasculaire accident, decompensatio cordis, kransvatlijden en hartinfarct. Hoe veel belang men nu aan de risico-factor ten aanzien van de toekomst moet hechten, in verhouding tot het belang van eventuele bijwerkingen door behandeling in het heden, hangt essentiële af van de leeftijd en levensverwachting van de oudere patiënt. Tot 1986 bestond er geen onderzoek waarmee de zinvolheid van behandeling van hypertensie bij 75+-ers kon worden beoordeeld; overigens is het ook onder die leeftijdsgrens enigszins omstreden¹²⁹⁺¹³⁰. Volgens het gerandomiseerde dubbel-blinde multi-center-onderzoek van de EWPHE is behandeling tot het tachtigste jaar nuttig, maar daarboven niet meer¹³¹. Een andere onderzoeksgroep kon aantonen dat behandeling van systolische hypertensie bij ouderen nuttig is¹³².

Aandacht wordt in de literatuur ook gegeven aan het zorgvuldig meten van de bloeddruk¹³³ en aan het vasthouden aan afgesproken criteria tot vaststelling van hypertensie. In een Engels onderzoek bleek dat huisartsen, waarschijnlijk op grond van de algehele toestand van de patiënt, voortvarender of juist terughoudender zijn bij het hanteren van de criteria tot het vaststellen van hypertensie¹³⁴.

Over lage bloeddruk -al dan niet ontstaan als bijwerking van antihypertensieve behandeling- is veel minder literatuur te vinden. Jansen heeft de aandacht gevestigd op de mogelijkheid van herseninfarct ten gevolge van te rigoureuze antihypertensieve behandeling¹³⁵. Mc Intosh schrijft: "The elderly can pay too high a price for fewer strokes."¹³⁶ Ten slotte komt bij ongeveer 10% van de bejaarden orthostatistische hypotensie voor¹³⁷. Bij prospectief onderzoek kon niet worden aangetoond dat ouderen met orthostatistische hypotensie vaker vielen¹³⁸.

-gewicht

Net als voor de bloeddruk geldt ook voor het gewicht dat het geen functioneel kenmerk is dat "last" veroorzaakt; het is een risico-factor die min of meer waarschijnlijk aanleiding geeft tot morbiditeit of sterfte. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat overgewicht voor ouderen geen risico-factor zou zijn¹³⁹. Een ervaringsfeit is dat het wel hinder bij de mobiliteit kan geven bij het ouder worden.

Laag gewicht is iets waaraan men in verpleeghuizen gewend is aandacht te geven omdat dit een eenvoudig te verkrijgen gegeven is dat een indruk geeft van de algehele conditie. Berkhout kon in een Delfts verpleeghuis aantonen dat het gewicht van degenen die op korte termijn kwamen te overlijden lager lag dan dat van hen die langer overleefden. Hij geeft aan dat regelmatig wegen, met name bij dementerenden, een stimulans kan zijn om bij gewichtsdeling na te gaan of niet bepaalde te verhelpen oorzaken (bijv. gebitsproblemen, eet-apraxie) een rol spelen¹⁴⁰. Recent Amerikaans onderzoek kon deze indruk niet bevestigen: gewichtsdeling bleek geen voorspeller van overlijden, ziekenhuisopname, afname van lichamelijk functioneren of afname van zorgniveau¹⁴¹. Soms kan de oorzaak van gewichtsdeling worden behandeld¹⁴².

-gezichtsvermogen

Verminderd gezichtsvermogen heeft een groot nadelig effect op de zelfstandigheid van ouderen. Claessens vond bij 8 van zijn 230 vermeend psychogeriatrische patiënten een te verbeteren visus-beperking die mede een oorzaak voor het "pseudo-demente" beeld van de patiënt leek te zijn geweest¹⁴³. McMurdo vond dat een derde van de bezoekers van een "day-centre" leden aan onbehandelde vermindering van hun visus¹⁴⁴. Ouderen lijken zich neer te leggen bij een geleidelijk verminderende visus. Meest toegepaste onderzoeks-instrument is de letterkaart. Therapeutische mogelijkheden zijn het aanmeten van brillen, cataract-operaties en advisering van hulpmiddelen. Met name de bekendheid van deze hulpmiddelen lijkt onder huisartsen nog niet zo groot¹⁴⁵. Ouderen bewust maken van hun slechte visus is ook een zinvolle therapeutische stap: hierdoor kan de oudere wellicht zijn handicap beter compenseren. Te denken valt aan het gebruik van een loophulpmiddel om vallen ten gevolge van slecht zien te voorkomen¹⁴⁶. Een apart probleem vormt glaucoom. De meeste onderzoekers raden screening hiernaar af omdat tonometrie -ambulant toegepast, bijv. door de huisarts- te onbetrouwbaar zou zijn⁸³⁺⁹⁸⁺¹⁴⁷.

-gehoor

Net als voor het gezichtsvermogen geldt ook voor het verminderde gehoor dat ouderen op dit punt bescheiden zijn in het uiten van hun klachten. Claessens vond bij 15 van zijn 230 vermeend psychogeriatrische patiënten een te verbeteren gehoor-beperking die mede een oorzaak voor het "pseudo-demente" beeld van de patiënt leek te zijn geweest¹⁴³. In zeven gevallen was deze gehoorbeperking door cerumen-proppen veroorzaakt. Voeks onderzocht

het gehoor van 198 patiënten die recent opgenomen waren in een Amerikaans verpleeghuis¹⁴⁸. 22% bleken een fors verlies (meer dan 40 dB) te hebben in alle frequentiegebieden; van die groep was bij 16% het gehoorverlies niet opgevallen tijdens opnameonderzoek door de arts en door de verpleegkundige! Anand vond bij 154 van 304 bewoners van Engelse bejaardentehuizen een sociaal hinderlijke vorm van slechthorendheid¹⁴⁹. Van deze 304 bewoners bleken er 49 een gehoorapparaat te hebben; hiervan werkten er maar 25 op het moment dat de onderzoekers de bewoner kwamen onderzoeken. Multrow legde een verband tussen slechthorendheid en beperking in sociaal en emotioneel functioneren; in een groep van 472 ouderen bleken de 106 slechthorenden de kwaliteit van hun leven lager te beoordelen¹⁵⁰.

De meest toegepaste onderzoeksinstrumenten zijn de fluistertest¹⁵¹, audiometrie en otoscopie. Sever en Lichtenstein namen bij ouderen vragenlijsten af waarmee slechthorenden goed konden worden opgespoord¹⁵²⁺¹⁵³. Therapeutische mogelijkheden zijn i.h.a. wat beperkter dan bij de verminderde visus. Behalve het verwijderen van cerumen kan het gehoorapparaat helpen. Hickish -een Engelse huisarts- schatte dat een derde van alle ouderen hiervoor in aanmerking zou komen¹⁵⁴; Hughes -eveneens huisarts- wees op het grote aantal ongebruikte apparaten in nachtkastjes van ouderen¹⁵⁵. Van groot belang is het dat slechthorenden hun handicap accepteren en er zo goed mogelijk mee om gaan¹⁵⁶.

-mobiliteit/stabiliteit

Minder goed ter been zijn en neigen tot vallen zijn eveneens typische kwalen van de ouderdom; ouderen zijn juist daardoor geneigd deze problemen in het verscholen deel van de "ijsberg" te houden. Recent Nederlands onderzoek toont aan dat éénderde van alle ouderen met ernstige bewegingsproblemen geen hulp heeft gezocht bij de huisarts¹⁵⁷. Het niet goed mobiel zijn leidt met name tot secundaire sociale invaliditeit. Omdat men er niet kan komen neemt men niet meer deel aan activiteiten. Men raakt afhankelijk van anderen omdat men gehaald en gebracht moet worden. Boodschappen doen wordt een probleem. Verminderde mobiliteit leidt niet alleen tot genoemde sociale invaliditeit maar brengt ook een grotere kans op vallen met zich mee. Het vallen kan bij ouderen diverse gevolgen hebben, o.a. de heupfractuur. Door de toename van het aantal hoogbejaarden stijgt in alle Westerse landen het aantal heupfracturen¹⁵⁸. De sterfte die optreedt direct na de fractuur resp. in de periode van herstel daarna is vooral afhankelijk van de leeftijd en de mobiliteit voor de val; alles bij elkaar is er een kans op sterven van ongeveer 20% binnen drie maanden na de breuk¹⁵⁹⁺¹⁶⁰. Men is het er niet over eens hoe groot de bijdrage van osteoporose is aan het optreden van de fractuur¹⁶¹. Er is ook nog geen vergelijking te maken tussen de omvang van die bijdrage en de bijdrage van instabiliteit. Ten slotte is nog onduidelijk in hoeverre het op oudere leeftijd nog mogelijk is de mate van osteoporose terug te dringen⁶⁶.

Voor het beoordelen van mobiliteit en stabiliteit is met name de observatie en de anamnese van belang. Tinetti wees erop dat veel ouderen met beperkingen in mobiliteit of stabiliteit niet lijden aan één specifieke aandoening maar vaker aan combinaties van aandoeningen¹⁶²⁺¹⁶³. Observatie en anamnese dienen elkaar bij het onderzoek aan te vullen. Nadeel van observatie is dat men slechts een momentopname verkrijgt; nadeel van de anamnese is de mogelijke beïnvloeding doordat de patiënt zijn functioneren positiever of negatiever afschildert. Over een voor de hand liggende observatie-test als de Romberg-test wordt in de literatuur verschillend gedacht¹⁶⁴⁺¹⁶⁵. De observatie dient zich ook op de omgeving te

richten: valgevaar door obstakels in de huiselijke omgeving (de veelgenoemde "losliggende kleedjes")⁷¹; hulpmiddelen zoals rolstoelen¹⁶⁶⁺¹⁶⁷. Er lijken veel therapeutische maatregelen te zijn na opsporing van verminderde mobiliteit en stabiliteit: advisering over langzaam opstaan ter vermindering van duizelingen¹⁶⁸, advisering van hulpmiddelen (tegenwoordig bestaan er fraaie rijdende loophulpmiddelen) en ergotherapeutische adviezen ter vermindering van vallen¹⁶⁹, vermindering van medicatie die vallen bevordert¹⁷⁰, zo mogelijk behandeling van specifieke aandoeningen die tot mobiliteit/stabiliteit-beperkingen aanleiding hebben gegeven, advisering tot meer oefenen in het algemeen (programma's voor "meer bewegen voor ouderen").

-continentie van urine

Vermindering van continentie heeft onder ouderen een hoge prevalentie. Bij vrouwen van 60 jaar en ouder (uitgesloten waren zij die in het verpleeghuis woonden) werd in Amstelveen een prevalentie van 23,5% gevonden¹⁷¹. In het buitenland spreekt men van 5 tot 20% voor de thuiswonende ouderen en tussen 40 en 50% voor de geïnstitutionaliseerde ouderen¹⁴⁷. Incontinentie kan leiden tot huidbeschadiging, sociale isolatie en algehele afname van zelfstandigheid. Doordat het onderwerp zo sterk in de taboe-sfeer ligt (zowel bij de ouderen zelf als bij de omgeving die probeert te verdoezelen door van "alleen maar af en toe een ongelukje" te spreken), neigt het verschijnsel er sterk toe in het verscholen deel van de ijsberg terecht te komen. Ook komt het voor dat de incontinentie weliswaar bekend is, maar dat al voor een symptomatische oplossing (incontinentie-materiaal) gekozen is voordat nagegaan is of er nog causale mogelijkheden zijn¹⁷².

De mate van incontinentie kan men op verschillende manieren bepalen: door het afnemen van een anamnese; door verpleegkundige observatie; door de patiënt gedurende een bepaalde tijd incontinentie-materiaal te laten dragen en dit op gezette tijden te verwisselen en vervolgens te wegen ter kwantificering van de verloren urine; ten slotte door de patiënt eerst een vastgestelde hoeveelheid te laten drinken en daarna haar of hem aan vastgestelde "belastings-proeven" (persen, lopen) te onderwerpen waarna ook weer de mate van nat-zijn van het incontinentie-materiaal gemeten kan worden (de zogenaamde "one-hour-padt-test"). Het is ook mogelijk een screening te verrichten op afwijkingen in de urine; daarbij kan men echter op afwijkingen stuiten die geen duidelijke consequentie hebben (asymptomatische bacteriurie). Verder is het een ervaringsfeit dat het vaak lastig is bij oudere vrouwen op de juiste wijze urine-porties af te nemen. Een standaardisering van de anamnese vormt een vragenlijst zoals recent werd voorgesteld door Vierhout¹⁷³.

De behandeling van incontinentie is in eerste instantie causaal gericht; bij falen daarvan symptomatisch¹⁷⁴⁺¹⁷⁵. Vaak heerst omtrent de mogelijkheden tot behandelen enig *défaitisme*. Lagro-Jansen kon echter aantonen dat de huisarts incontinentie vrouwen tussen 20 en 65 jaar met goed resultaat kan behandelen¹⁷⁶. Pannill e.a. wijzen erop dat behandeling bij ouderen het meest succesvol lijkt te zijn als niet-urologische oorzaken zoals gedrag, medicatie, immobiliteit, diabetes mellitus of locale pathologie een rol spelen¹⁷⁵.

-psyche: het geheugen en de stemming

Voor veel ouderen is de angst voor achteruitgang op psychisch gebied veel groter dan angst voor lichamelijke achteruitgang¹⁷⁷. Twee belangrijke aandoeningen zullen hier worden besproken: dementie en depressie.

-het geheugen

Dementie komt bij ouderen boven 65 jaar voor in frequenties tussen ongeveer drie en twintig procent¹⁷⁸. Verschillen in aantallen treden op doordat onderzoekers meer of minder strenge criteria toepassen. Ook de leeftijd van de onderzochte ouderen speelt een rol: bij 85+-ers worden de hoogste percentages gevonden. In 1974 werd in Friese bejaardentehuizen reeds geschat dat 27% van de bewoners tekenen van dementie zouden vertonen¹⁷⁹. In het buitenland liggen percentages in bejaardentehuizen hoger ook omdat deze huizen daar niet in dezelfde mate als bij ons als woonvorm worden gebruikt, maar juist ook voor dementerende ouderen bedoeld zijn¹⁸⁰⁺¹⁸¹⁺¹⁸². In de regio Zwolle werd bij thuiswonende ouderen een prevalentie voor dementie van 4,4% vastgesteld¹⁸³. Bij een eigen onderzoek in drie verzorgingstehuizen in de Haarlemse regio werd -na aanwijzing door verzorgenden- een deel van de bewoners nader onderzocht; op grond van test-resultaten leek in deze huizen 15% van de bewoners te lijden aan dementie³⁶.

Uit de literatuur blijkt dat dementie er sterk toe neigt om zich -in onze beeldspraak- in het verscholen deel van de ijsberg op te houden¹⁸⁴⁺¹⁸⁵. Wevers vermoedt dat dit wordt veroorzaakt doordat huisartsen onvoldoende mogelijkheden zien tot zinvolle diagnostische of therapeutische stappen¹⁸⁶.

De diagnostiek van dementie berust vrijwel alleen op klinisch onderzoek¹⁸⁷⁺¹⁸⁸⁺¹⁸⁹. De moeilijkheid bij de diagnostiek wordt gevormd door geleidelijke overgangen die bestaan tussen "échte pathologie" en wat men "uitlopers van fysiologie" zou kunnen noemen. Juist in de begin-stadia van dementie is het onderscheid met vergeetachtigheid niet gemakkelijk te maken¹⁹⁰⁺¹⁹¹. In drie situaties is er aanleiding tot grotere twijfel. Ten eerste bij hoogbejaarden waarbij de onderzoeker minder gauw een weliswaar forse mate van vergeetachtigheid als écht-pathologisch -dat wil zeggen teken van dementie- zal durven bestempelen¹⁹². Ten tweede bij patiënten waarbij de ernst van de geheugenstoornissen door depressieve kenmerken niet goed ingeschat kan worden¹⁹³. Ten derde bij patiënten die door een bijzondere voorgeschiedenis (hoge of juist lage vooropleiding, hoge of juist lage sociaal-economische positie) gemakkelijk over- of onderschat zouden kunnen worden¹⁹⁴. Met name Hupkens en Sipsma hebben in ons land gewezen op een systeemgerichte aanpak van de diagnostiek: niet alleen naar de dementerende oudere zelf kijken, maar vooral ook naar interacties met de omgeving¹⁹⁵⁺¹²³. Ook buitenlandse onderzoekers wijzen op het belang de omgeving in de observatie te betrekken: vaak is het meer de omgeving dan de patiënt zelf die bepaalt of thuisblijven nog volgehouden kan worden¹⁹⁶⁺¹⁹⁷.

Ten aanzien van screening is het meest gebruikte instrument de Mini Mental State, in 1975 door Folstein geïntroduceerd¹⁹⁸ en sindsdien enkele malen gevalideerd door vergelijking met uitkomsten van diagnostisch onderzoek bij oudere patiënten¹⁹⁹⁺²⁰⁰. Ook Van der Cammen hanteerde deze test bij het veldwerk dat tot haar proefschrift leidde⁷⁵. Auteurs spreken elkaar enigszins tegen inzake de invloed van factoren als leeftijd, sociaal-economische positie en opleiding op het test-resultaat; er lijkt wel verband te zijn tussen de uitslag en de plaats waar de test wordt afgenomen: in de thuis-situatie "scoren" ouderen beter dan in een kliniek²⁰¹⁺²⁰².

Er is veel literatuur over de vraag hoe omvattend een screenings-instrument zou moeten zijn. Voordeel van de Mini Mental State is dat hij niet alleen de oriëntatie beoordeelt maar ook andere aspecten (met name: herkennen van drie items, constructieve praxis)²⁰³. De Mini Mental State bevat echter niet de categoriegebonden woordproductie. Hierbij vraagt men de proefpersoon zoveel mogelijk voorwerpen uit een bepaalde categorie (bijv. dieren of vruchten) te noemen. Deze test brengt met zich mee een gelijktijdige belasting van het werkgeheugen en van strategiën om informatie uit het geheugen "op te zoeken"²⁰⁴⁺²⁰⁵. De categoriegebonden woordproductie -ook wel "fluency" genoemd- komt wel voor in een Nederlandse korte test, de ADS-3²⁰⁶. Eigen ervaring is dat deze fluency-test door patiënten als heel plezierig wordt ervaren. Patiënten met slechts een lichte geheugenproblematiek en in ieder geval nog goed behouden oordeels- en kritiekvermogen merken vaak op dat de test juist aangeeft wat hen moeite kost: de hersengymnastiek om op de dingen te komen die ze zoeken. Een andere eigen ervaring is dat het nogal eens moeite kost een test helemaal af te maken. Met name demente patiënten die nog enig besef hebben van de situatie waarin zij zich bevinden, weren op een gegeven moment de voor hen onaangename confrontatie met hun falen af. Zowel vanuit ethisch standpunt als ook vanuit algemeen-menselijke principes lijkt het dan gewenst het onderzoek -dat immers niet van dwingend belang voor de patiënt is- af te breken²⁰⁷. In een klein eigen onderzoek dat in 1989 werd verricht, werd nagegaan hoe betrouwbaar medisch adviseurs van verzorgingstehuizen het psychisch functioneren van een aspirant-bewoner kunnen beoordelen²⁰⁸. Van 149 in 1986 en 1987 gekeurden kon het huidige functioneren worden vastgelegd met behulp van een vragenlijst die door verzorgenden kan worden ingevuld (de zogenaamde BOP-lijst²⁰⁹). De vergelijking met de keuringsgegevens van deze ouderen liet een sterk verband zien tussen de BOP nu en de keuringsuitslag gemiddeld twee jaar eerder. Hoewel ook bij deze keuringen lang niet altijd de testen volledig werden afgemaakt, lijkt dit onderzoek aan te tonen dat dank zij opgedane klinische ervaring toch een betrouwbare indruk van het psychisch functioneren van ouderen kan worden gegeven.

In de literatuur worden enkele pogingen vermeld om gestandaardiseerd meer over dementerenden vast te leggen dan alleen een test naar het cognitief functioneren zoals de Mini Mental State of de ADS-3: afwijkend gedrag²¹⁰, gevaarlijk gedrag²¹¹, hinderlijk of storend gedrag²¹², behoud van de mogelijkheid om zelf belangrijke beslissingen te nemen²¹³. Jammer genoeg blijkt het heel lastig om dit soort gedragskenmerken te kwantificeren; auteurs zouden dit graag willen bereiken omdat ze de indruk hebben dat deze kenmerken veel relevanter zijn voor de omvang van de problemen die ontstaan door de dementie, dan alleen het cognitief functioneren.

Het nut van vroege opsporing van dementie ligt niet in de mogelijkheden tot curatie. Enkele jaren geleden bestond nog enig enthousiasme over het tegengaan van reversibele vormen van dementie; de laatste jaren is men van mening dat bij patiënten waarbij volgens overeengekomen richtlijnen een dementie-syndroom kon worden vastgesteld, reversibiliteit haast niet voorkomt²¹⁴⁺²¹⁵. Experimenteel zijn er wel aanzetten tot mogelijke therapeutische beïnvloeding van de ziekte van Alzheimer²¹⁶⁺²¹⁷⁺²¹⁸. Van de op dit moment beschikbare behandelwijzen kon het nut (nog?) niet duidelijk worden aangetoond: co-dergocrine²¹⁹, vitaminen en sporen-elementen²²⁰, geheugentraining²²¹. Door de grote verschillen die er zijn in het spontane beloop van dementie is beoordeling van effecten door behandeling ook zeer moeilijk²²²⁺²²³.

Diverse onderzoekers die voor vroege opsporing van dementie pleiten, verwachten daarvan voorkoming van verdere achteruitgang: tertiaire preventie⁹⁸⁺¹⁴⁷. Dank zij eerdere kennis van de dementie kan eerder gestart worden met een zo goed mogelijk op de dementerende en zijn omgeving gerichte zorg. Er wordt dan geprobeerd enerzijds in te spelen op de beleving die de patiënt heeft in het kader van zijn dementie ("validation") en anderzijds -voorzover mogelijk- hem meer te laten beleven van de werkelijkheid zoals die bestaat ("reality orientation")²²⁴⁺²²⁵⁺²²⁶. Als het ondanks een dergelijke aanpak -waarin deze twee elementen afgewogen voorkomen- niet lukt de patiënt goed op te vangen, moet afgewogen worden of gedragscorrigerende maatregelen nodig zijn zoals zogenaamde "beschermende maatregelen"²²⁷⁺²²⁸⁺²²⁹ of neuroleptica²³⁰⁺²³¹. De voorstanders van een dergelijke genuanceerde aanpak van patiënten met dementie menen dat op deze wijze een belangrijke verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten kan worden geboden en, zeker ook belangrijk, een verbetering van het uithoudingsvermogen van diegenen die dementerenden verzorgen (familie, vrijwilligers of beroepskrachten)²³². Een onderzoek waarbij in Engeland gepoogd werd de theorie van deze voorstanders van tertiaire preventie te toetsen, kon het nuttig effect niet aantonen: intensievere begeleiding van dementerenden in de thuis-situatie leidde niet tot vertragen van de opname in een instituut²³³.

-de stemming

Depressie komt waarschijnlijk half zo vaak voor als dementie: bij ouderen i.h.a. ongeveer 4%; in verzorgingstehuizen ongeveer 10%²³⁴. Wat betreft het onderzoek naar depressie is het klinisch-psihiatrische onderzoek nog van meer belang dan bij dementie. Er bestaan wel testen ter herkenning van depressie maar die zijn minder makkelijk toe te passen en minder ingeburgerd dan de bij dementie toegepaste testen²³⁵⁺²³⁶.

Behandeling van depressie is zowel medicamenteus als door psycho-sociale ondersteuning mogelijk. In het verzorgingstehuis hoopt men dat de omgeving van het huis een zodanig positieve psychosociale invloed heeft op bewoners dat hiervan een verbeterde stemming mag worden verwacht. Onderzoek lijkt dit te bevestigen. In Alkmaar werd gevonden dat gevoelens van eenzaamheid afnamen bij ouderen die vanwege eenzaamheid naar een verzorgingstehuis waren verhuisd²³⁷. Bij een longitudinaal opgezet onderzoek bij ouderen in Nijmegen -wel en niet wonend in een verzorgingstehuis- werden vergelijkingen gemaakt wat betreft o.a. de subjectief ervaren gezondheid. Mertens concludeert dat zijn onderzoek het gezegde dat men oude bomen niet moet verplaatsen, niet kan ondersteunen. Ouderen lijken er in verzorgingstehuizen wat betreft hun gezondheid op vooruit te gaan³⁰.

-geneesmiddelen

Ouderen vormen door een samenloop aan omstandigheden een risico-groep ten aanzien van geneesmiddelengebruik²³⁸. Zij gebruiken veel geneesmiddelen, ook doordat zij lijden aan een groter aantal aandoeningen. De kans op interacties is daardoor groter. Door een aantal lichamelijke veranderingen bereiken geneesmiddelen hogere concentraties bij ouderen dan bij jongeren. De kans dat medicamenten inadequaet worden ingenomen (te veel of te weinig) is groter dan bij jongeren. In de literatuur is een groot aantal vermeldingen te vinden van nadelige gevolgen veroorzaakt door geneesmiddelen, bijvoorbeeld verwardheid²³⁹⁺²⁴⁰, valpartijen²⁴¹. Een aantal geneesmiddelen of groepen geneesmiddelen kunnen tot specifieke risico's leiden. Digoxine is daarvan zeker één van de bekendste voorbeelden²⁴². Dit middel wordt door veel artsen bij oudere patiënten gestaakt²⁴³.

Antidepressiva, pijnstillers en sedativa kunnen valpartijen veroorzaken¹⁷⁰. Laxantia kunnen de vochtbalans van ouderen nadelig beïnvloeden en tot darmklachten aanleiding geven²⁴⁴⁺²⁴⁵. De risico's voor de vochtbalans gelden nog sterker voor diuretica²⁴⁶. Ze lijken niet altijd terecht voorgeschreven te worden²⁴⁷⁺²⁴⁸. In een Nijmeegs verpleeghuis werd beschreven dat men deze middelen zeer vaak kan staken²⁴⁹. Ook gevaarlijk -met name voor de maag- is de groep pijnstillers die men aanduidt als "niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID)"²⁵⁰. Ten slotte zijn er nog "bijzondere" middelen die sommige ouderen innemen, afkomstig uit "het alternatieve circuit"²⁵¹ of uit "de oude doos"²⁵² die bepaalde risico's kunnen opleveren. Risico's door medicatie ontstaan ook door gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt. In een Engels onderzoek bleken 60% van zojuist uit het ziekenhuis ontslagen patiënten niet in staat de tekst op de sticker van hun geneesmiddel te begrijpen; van een derde van de geneesmiddelen wisten deze ouderen niet te vertellen wat het doel ervan was²⁵³. In een onderzoek in Limburg bleek 30% van de recepten door de huisarts te zijn uitgeschreven zonder contact met de patiënt²⁵⁴. Het betrof in de meeste gevallen herhalingsrecepten. De auteurs vermelden dat medewerkers van bejaardentehuizen gewend zijn voor een aantal patiënten tegelijk herhalingsrecepten aan te vragen. Hierbij wordt dus door de huisarts geen controle uitgeoefend op de noodzaak van het al dan niet voortzetten van de medicatie hetgeen juist zo belangrijk wordt gevonden²⁵⁵. In zowel een Schots²⁵⁶ als een Italiaans²⁵⁷ onderzoek bleek groot verschil bij vergelijking tussen hetgeen oudere patiënten werkelijk innamen en de opgave van de huisarts.

Ten slotte wordt in de literatuur speciale aandacht gegeven aan geïnstitutionaliseerde ouderen. In een Iers onderzoek werden de verkregen getallen vergeleken met die van Britse en Amerikaanse verpleeghuizen: hierbij bleek dat in Amerikaanse verpleeghuizen twee keer zoveel pijnstillers en bijna vijf keer zoveel laxantia werden voorgeschreven als in Ierland²⁵⁸. Geïrriteerd door herhaaldelijke vermelding in de literatuur van overmedicatie in verpleeghuizen onderzocht de Bredase verpleeghuisarts Razenberg hoe de hoogte van de voorgeschreven hoeveelheden laxantia en neuroleptica konden worden verklaard²⁵⁹; vermoed werd dat de toegenomen werkdruk in het verpleeghuis van invloed is op de omvang van de medicatie. Als dat zo zou zijn, zou een extra risico-factor tot overmedicatie bestaan bij ouderen voor wie verzorgenden onvoldoende tijd hebben.

In enkele onderzoeken werd vergeleken hoeveel geneesmiddelen ouderen thuis resp. in een instituut gebruiken. Hierbij viel op dat bewoners van verzorgingstehuizen gemiddeld meer soorten medicatie gebruiken dan thuiswonende ouderen. In Groningen 3,0 middelen in verhouding tot 1,7 voor alle ouderen²⁶⁰. In Amsterdam 3,6 middelen terwijl thuiswonende ouderen 2,4 middelen slikten²⁶¹. In Limburg werden in verzorgingstehuizen 3,8 middelen per bewoner gebruikt²⁶². Hier werd geen vergelijking gemaakt met thuiswonende ouderen. Getallen omtrent het geneesmiddelengebruik in verpleeghuizen blijken overigens nog hoger dan dat in verzorgingstehuizen. In Noord-Brabant²⁶³ gebruikte men 4,36 middelen per bewoner per dag (in een gecombineerd huis). In de regio Leiden²⁶⁴ werden voor somatische patiënten gemiddeld 5 middelen voorgeschreven, voor psychogeriatrische patiënten gemiddeld 3,4 middelen. In een aantal van de hierboven geciteerde bronnen wordt expliciet vermeld dat het mogelijk is dank zij case-finding gevaren door medicatie tijdig op te sporen¹⁴⁷⁺²⁵⁶⁺²⁵⁷.

-overige onderwerpen

In de literatuur wordt een aantal andere onderwerpen genoemd waarvan sommige wellicht ook bij case-finding aan de orde zouden moeten komen; om een aantal in de literatuur genoemde redenen lijkt het niet nuttig met deze onderwerpen rekening te houden voor een totale populatie ouderen in een verzorgingstehuis.

-klachten die ouderen frequent spontaan noemen. Te denken valt o.a. aan obstipatie²⁶⁵ en slapeloosheid²⁶⁶. Voor deze klachten geldt dat het ijsbergfenomeen niet zo snel zal optreden, juist omdat ouderen het onderwerp zelf makkelijk aan de orde stellen.

-incontinentie van ontlasting. Brocklehurst schrijft in een overzichtsartikel dat bij geïnstitutionaliseerde ouderen soms wel in 45% der gevallen incontinentie van ontlasting voorkomt²⁶⁷. Om dit gegeven op te sporen kan men het beste gegevens opvragen bij verplegenden. Dat is een andere ingang dan degene die voor de meeste andere gegevens voor de hand lijkt te liggen. Daarom is dit onderwerp terzijde gelegd.

-alcoholmisbruik. Omdat dit bij ouderen een moeilijk vast te stellen beeld is, is onvoldoende bekend hoe frequent het voorkomt. Prevalentie-cijfers tussen 1 en 23% worden opgegeven¹⁴⁷. Er worden in de literatuur wel screenings-vragenlijsten beschreven waarmee alcoholisten zouden kunnen worden opgespoord²⁶⁸⁺²⁶⁹. Toepassing van dergelijke vragenlijsten op een algemene bevolking ouderen zal zeker leiden tot weerstand: personen die wel alcohol gebruiken maar niet in zodanige hoeveelheid dat van alcoholisme gesproken kan worden, zullen waarschijnlijk niet meer bereid zijn mee te werken aan vragen over andere gezondheidsaspecten.

-diëten. Meest frequent voorkomende diëten houden verband met maag of galblaas, diabetes mellitus of decompensatio cordis. De laatste jaren worden veel diëet-voorschriften echter minder streng gehanteerd. Daarom lijkt dit geen belangrijk onderwerp voor case-finding; wel zou adequaat moeten worden geantwoord als ouderen spontaan klagen over de hinder die ze van diëet-beperkingen ondervinden en daarbij de vraag stellen in hoeverre het diëet nu echt zo belangrijk is.

-gebitproblemen of gebitsprotheseproblemen. Ouderen bezoeken om praktische redenen minder makkelijk een tandarts of tandtechnicus waardoor veel ouderen langdurig klachten op dit terrein opzouden²⁷⁰. De hulpverlener op dit terrein is echter niet de arts maar de tandarts zodat case-finding ook in overleg met hem dient te geschieden; dat lijkt een belangrijke praktische moeilijkheid als andere door case-finding gevonden signalen wel naar de arts leiden.

-voetproblemen. De ervaring leert dat deze problemen (eeltplekken, ingegroeide nagels, hallux valgus) veel voorkomen bij ouderen terwijl lang niet altijd de zorg van een pedicure wordt ingeroepen. De vraag is of dit algemeen zou kunnen worden onderzocht zonder een zekere weerstand bij ouderen op te roepen. Men zou zich minder voor andere vragen open kunnen stellen als men weet dat het ook de bedoeling is de voeten te inspecteren; sommige ouderen zouden bezorgd kunnen zijn of hun voeten wel schoon genoeg zijn voor "het" onderzoek. Daarnaast is het de vraag of alle voetafwijkingen die zich "aan de onderzijde van de ijsberg" bevinden ook gezondheidskundig relevant zijn. Wellicht zou men zich kunnen beperken tot voet-onderzoek bij patiënten met loopstoornissen.

-kwaliteit van zorg. In de verpleeghuizen wordt de laatste tijd aandacht gegeven aan de kwaliteit van de aan ouderen geboden zorg²⁷¹. In verzorgingstehuizen heeft dit nog niet zo sterk de aandacht gekregen. Het is zeker zo dat ouderen eronder lijden indien de kwaliteit van zorg te laag is. Ook is het zo dat ouderen waarschijnlijk aarzelen om dit aan de orde

te stellen: door een zekere onderdanigheid of angst voor "tegenmaatregelen" durft men niet zo snel te klagen. Het is echter niet eenvoudig om klachten duidelijk boven tafel te krijgen. Indien men deze klachten goed wil beoordelen, zal men bij de case-finding aan dit onderwerp veel tijd moeten besteden; waarschijnlijk zoveel tijd dat andere gezondheidskundig relevante zaken ondergesneeuwd dreigen te raken. Verder moet men zich realiseren dat de follow-up na klachten niet bij de arts ligt, maar bij het verzorgend personeel.

-mishandeling van ouderen. Ook voor dit onderwerp geldt dat het weliswaar zeer sterk neigt aan de onderkant van de ijsberg terecht te komen, maar dat het zeer moeilijk te benaderen is. Enerzijds leidt bespreking ervan tot weerstanden bij diegenen die geen slachtoffer zijn van dergelijke mishandelingen. Anderzijds zal men goed moeten doorvragen om überhaupt enige kans te hebben om slachtoffers te vinden²⁷²⁺²⁷³⁺²⁷⁴. Het lijkt zinvol om op dit thema attent te zijn tijdens de case-finding zonder er gericht naar te vragen. Met nadruk zij gezegd dat in de literatuur een brede definiëring van mishandeling van ouderen wordt gehanteerd: niet alleen lichamelijk geweld door familieleden of kennissen maar ook geestelijke mishandeling en toepassing ervan door nabijstaanden, met name ook verzorgenden en hulpverleners.

-angsten en wensen omtrent sterven. Kenmerkend voor ouderen -zie par. 1.1- is dat zij dicht bij de dood staan. Net als het voor kinderen gewoon is om te dromen over de toekomst, is het voor ouderen voor de hand liggend dat zij zich voorbereiden op de dood en met name ook over de manier waarop die al dan niet geleidelijk zal intreden. Ook Lagaay geeft met nadruk aan -na het onderzoek van de Leidse 85+-populatie- dat "toezijn" aan de dood voor ouderen een "fysiologische" toestand kan worden genoemd en niet een teken van depressie hoeft te zijn¹¹⁹. Onder bepaalde omstandigheden kan deze fysiologische toestand echter wel onttaarden in voor de oudere mens niet plezierige vormen waardoor angsten en onzekerheid ontstaan die verlamdend kunnen werken voor het verdere functioneren. Te denken valt aan angsten voor o.a.: toepassing van euthanasie op onvoldoende gronden²⁷⁵⁺²⁷⁶, opgedrongen krijgen van levensverlengende behandelingen in een medisch uitzichtloze situatie en/of zonder dat men daar over mee mocht beslissen²⁴⁺²⁵⁺²⁷⁷⁺²⁷⁸⁺²⁷⁹, suïcidale gedachten²⁸⁰⁺²⁸¹. Om dezelfde redenen, als bij het vorige en enkele andere hier genoemde thema's, lijkt het onderwerp echter niet geschikt om systematisch bij alle ouderen aan de orde te worden gesteld tijdens case-finding. Wel dient men tijdens het gesprek met de oudere attent te zijn op indirecte signalen die naar dit thema verwijzen.

2.5 screening en case-finding voor ouderen: procedure

In de vorige paragraaf werd toegelicht waarop gelet zou moeten worden bij een preventief onderzoek gericht op ouderen in de verzorgingstehuizen. In deze paragraaf komen de soorten procedures aan de orde waarvoor men bij de opzet hiervan kan kiezen.

-uitvoering van preventief onderzoek door de eigen huisarts.

In de literatuur worden enkele toepassingen van preventief onderzoek, uitgevoerd door de eigen huisarts, vermeld. In ons land was Fuldauer op dit gebied een pionier²⁸². Bakker zette die lijn voort²⁸³. Van der Werf vroeg aandacht voor een minder systematische aanpak die hij "friendly visiting" noemde; hij zag hierin echter risico's i.v.m. enerzijds valse hoop op effectiviteit en anderzijds betutteling van ouderen²⁸⁴. Meyboom beschreef in haar proefschrift dat huisartsen, in het kader van hun algemeen-huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen

(los van een specifieke preventieve aanpak), reeds voldoende alle ouderen bereikende en tegelijkertijd systematische tertiaire preventie bedrijven¹⁵. Van der Does pleitte er voor huisartsen die zich met opportunistische case-finding willen bezig houden, hier extra voor te honoreren¹¹². Hij ging ervan uit dat de huisarts in zijn normale contacten bijna alle ouderen ziet en alleen een extra inspanning moet leveren door deze ouderen in aansluiting op de bemoeienis i.v.m. de eigenlijke reden voor hun komst ook nog preventief te onderzoeken. In Engeland wordt die mening gedeeld door Freer²⁸⁵. Engels onderzoek heeft uitgewezen dat inderdaad de meeste ouderen bij de huisarts komen en dat degenen die niet komen kunnen worden gezien als een "fit and healthy elite"¹¹¹. In twee weliswaar wat beperkt opgezette Nederlandse studies komt men tot de omgekeerde conclusie omtrent niet-bezoekers⁴⁷⁺²⁸⁶. Alle bovenstaande auteurs benadrukken dat het een groot voordeel is dat de oudere patiënt i.v.m. preventief onderzoek door een vertrouwde arts wordt gezien. Een praktisch probleem is dat het systematisch aandacht geven aan alle aspecten waarvoor dit bij ouderen nuttig is (zie par. 2.4), zeer veel tijd kost. De gesprekken die in het kader van dit onderzoek werden gevoerd, bleken gemiddeld dertig minuten in beslag te nemen (bijlage 1).

-uitvoering van preventief onderzoek door een wijkverpleegkundige of "health-visitor".

Veel case-finding-onderzoek in de literatuur is niet door de eigen huisarts verricht maar door een wijkverpleegkundige of health-visitor¹⁰⁰⁺¹⁰¹⁺¹⁰²⁺¹¹⁰⁺²⁸⁷⁺²⁸⁸. De meest genoemde reden hiervoor is tijdgebrek bij de huisarts. Zelfs de hiervoor geciteerde Fuldauer hield het niet vol om na zijn proefschrift preventief onderzoek aan de patiënten in zijn praktijk te blijven bieden; tevens meende hij dat een aantal observaties heel goed door een niet-medicus kunnen worden verricht²⁸⁹. Williamson zegt zelfs dat niet-medici het beter kunnen dan artsen omdat ze zuiver functioneel naar de oudere kijken en niet gehinderd worden door de neiging diagnostisch te interpreteren¹⁰⁷. In navolging van de genoemde buitenlandse onderzoeken wordt op dit moment in Weert een replicatie-onderzoek van het Deense¹⁰⁰ onderzoek verricht²⁹⁰. Eigen ervaring is dat het voor wijkverpleegkundigen moeilijk is een goede beoordeling te maken van het psychisch functioneren van ouderen.

In het verzorgingstehuis verleent de kruisvereniging geen diensten. Verplegende medewerkers uit het verzorgingstehuis lijken niet in staat tot uitvoering van case-finding. Eigen ervaring en ervaring in de verzorgingstehuizen is dat hun sterke gehechtheid aan de bewoners (hetgeen bij de dagelijkse zorg en bij de signalering van plotselinge veranderingen een groot voordeel is) tot een zekere "bedrijfsblindheid" leidt waardoor geleidelijke veranderingen niet meer zo opvallen.

-uitvoering van preventief onderzoek door een andere arts dan de eigen huisarts.

Hierbij kan men aan een aantal mogelijkheden denken. Ten eerste als de andere arts een consult verricht op verzoek van de huisarts²⁹¹. Brouwer geeft aan dat het ten behoeve van de duidelijkheid in de verhouding ten opzichte van de huisarts essentieel is om jegens de patiënt duidelijk de eenmaligheid van het consult te benadrukken²⁹². Ten tweede kan een andere arts betrokken raken bij een oudere patiënt in het kader van een aanstaande verhuizing naar een verzorgingstehuis. In Engeland werden ervaringen gepubliceerd over het onderzoeken van ouderen door een geriatrisch ingestelde arts voorafgaand aan een verhuizing naar een verzorgingstehuis¹¹⁶⁺¹¹⁸. Hierbij werd belangrijke pathologie gevonden; in 30% van de gevallen leek een andere oplossing dan verhuizing naar een verzorgingstehuis beter. Ten derde zou men kunnen denken dat artsen vanuit een GGD dan wel

Riagg oudere patiënten onderzoeken met als doel het opsporen van verborgen pathologie. Hiervan werd geen voorbeeld in de literatuur gevonden.

Een voor de hand liggend nadeel van een andere arts is dat hij de oudere patiënt minder goed kent dan de huisarts. Hierdoor kunnen "oude" problemen opgerakeld worden hetgeen niet nuttig is. Voor de oudere patiënt en voor de omgeving kan dit tot verwarring aanleiding geven. Als de andere arts geriatrische of verpleeghuiservaring heeft, zijn er wel een aantal mogelijke voordelen denkbaar voor hem. Hij is waarschijnlijk specifiek georiënteerd op ouderen en hoogbejaarden dan de huisarts. Hij is beter bekend met het hulpaanbod voor ouderen en de mogelijkheden en onmogelijkheden van verzorgingstehuizen; ook andere voorzieningen als bijv. dagbehandeling²⁹³ kent hij uit de dagelijkse praktijk. Hij is gewend vooral functioneel naar de problemen van ouderen te kijken en niet in de eerste plaats medisch-diagnostisch³⁺¹⁴. Essentieel is dat huisartsen de signalen die deze andere arts uitzendt, positief benaderen. Daartoe is het van belang dat de huisarts niet het gevoel krijgt dat hem een suggestie wordt opgedrongen. Deze ervaring doet zich ook voor bij consultatie²⁹¹; veel hangt af van de wederzijdse attitude en het bestaan van praktische afspraken²⁹⁴.

-medewerking verkrijgen van ouderen en van hun omgeving (familieleden, andere vertrouwenspersonen, verzorgenden); bereiken dat de wezenlijk "at risk" zijnde ouderen deelnemen.

Bij elk preventief onderzoek wordt speciale aandacht gegeven aan het verkrijgen van de juiste respons²⁹⁵. Sommige auteurs hebben geprobeerd door een schriftelijke enquête¹⁰⁵⁺¹⁰⁶⁺¹⁰⁹ of door bezoek van een vrijwilliger¹⁰⁴ die ouderen op te sporen, die niet goed lijken te functioneren en bij wie d.m.v. case-finding waarschijnlijk belangrijke problemen kunnen worden ontdekt. Tijmstra legt er de nadruk op dat behalve niet-deelname ook wel-deelname een probleem kan zijn: wel-deelnemers doen soms mee vanwege -wat hij noemt- "geanticiperde beslissingsspijt"²⁹⁶. Men is bang er spijt van te krijgen als men niet meedoet en doet dan mee terwijl er in wezen geen voldoende hoog risico bestaat.

2.6 samenvatting

In dit hoofdstuk werd een overzicht gegeven van de in de literatuur gevonden gegevens omtrent het nut van preventief onderzoek bij ouderen. Kort werd dit beschreven voor de primaire preventie. Belangrijker leek de secundaire preventie, zowel wat betreft de mogelijkheden van screening als van case-finding. Uit de literatuur wordt duidelijk dat screening waarschijnlijk niet voldoende effectief en efficiënt is voor ouderen; hoewel er nog betrekkelijk weinig toetsende gegevens over beschikbaar zijn, lijkt case-finding wel nuttig voor ouderen. Daarnaast benadrukken verschillende auteurs dat er een optimistisch stemmend effect vanuit gaat: ouderen krijgen het gevoel dat er écht aandacht aan hen wordt besteed. In par. 2.4 werd aangegeven op welke aspecten het preventieve onderzoek (vooral case-finding, in geringe mate screening) zich zou dienen te richten. Genoemd werden: bloeddruk, gewicht, gezichtsvermogen, gehoor, mobiliteit/stabiliteit, continëntie, psyche, geneesmiddelengebruik, overige onderwerpen. Van deze aspecten werd beschreven in hoeverre ze ernstig het functioneren van ouderen belemmeren, ertoe neigen om "in het verscholen deel van de ijsberg" terecht te komen, min of meer gemakkelijk en betrouwbaar kunnen worden opgespoord en ten slotte in hoeverre curatieve of palliatieve

behandeling beter zou slagen in een vroeg stadium (na opsporing) dan in een later stadium (als het probleem "vanzelf" aan het licht komt). In de laatste paragraaf werd ingegaan op de wijze waarop het preventieve onderzoek door de eigen huisarts, door een wijkverpleegkundige of door een andere arts dan de eigen huisarts kan worden uitgevoerd.

B. VRAAGSTELLING EN METHODE

Bij het totstandkomen van de vraagstelling voor dit onderzoek hebben twee aspecten een rol gespeeld.

Eenzijds is de vraagstelling voor dit onderzoek gebaseerd op hetgeen uit de literatuur en bij ervaring bekend was (zie deel A). Het meeste onderzoek dat in de literatuur werd beschreven, vond niet plaats in verzorgingstehuizen maar werd uitgevoerd bij thuiswonende ouderen. In deel A zijn argumenten aangedragen waarom in de Nederlands situatie verwacht zou mogen worden dat bij ouderen in de verzorgingstehuizen een groot aantal problemen "in het verscholen deel van de ijsberg" verborgen zijn, zowel doordat deze ouderen relatief minder aandacht krijgen (in vergelijking tot ouderen die in verpleeghuizen zijn opgenomen) als doordat deze ouderen medisch gezien andere (meer diagnostische en minder functioneel gerichte) aandacht krijgen. Als dit zo is, zou aangenomen moeten worden dat een arts met verpleeghuisachtergrond aan de huisarts iets te bieden heeft dat bevorderlijk is voor de behandeling van de bewoners in het verzorgingstehuis.

Reeds bij de aanvang van het onderzoek bestond -zowel landelijk⁵⁵ als plaatselijk- een zekere gespannen sfeer tussen huisartsen en verpleeghuisartsen wat betreft hun rol in het verzorgingstehuis. Naarmate het onderzoek vorderde, is deze sfeer niet veranderd; wellicht is tijdens het verloop van het onderzoek deze sfeer zelfs nog verder gespannen geraakt, mede doordat van Overheidswege de rol van de verpleeghuisarts in substitutieprojecten geaccentueerd is⁵⁶. Zowel van de kant van huisartsen²⁹⁴ als van verpleeghuisartsen²⁹⁷ zijn overigens ook verzoenende standpunten ingenomen waarbij gehoopt werd dat dank zij goede afspraken en wederzijds respect voor elkaars positie en deskundigheid een verbetering te bereiken zou zijn in de zorg voor ouderen die baat hebben bij beide deskundigheden. Ook voor dit onderzoek gold dat het belangrijk was een goede samenwerking met huisartsen te bereiken. Hierom is ervoor gekozen om de informatie uit het preventieve onderzoek aan huisartsen niet aan te bieden in de vorm van "adviezen" of "suggesties" maar in de vorm van "signalen", waarmee de huisarts naar eigen inzicht wel of niet verdere stappen in zijn behandeling van de bewoner zou kunnen zetten.

Anderzijds speelde de praktische werk-situatie van de onderzoeker een rol. Hij was van 1983 tot eind 1991 als verpleeghuisarts verbonden aan een gecombineerd verpleeghuis in Haarlem en als medisch adviseur aan drie verzorgingstehuizen in Haarlem resp. Heemstede. Gezien de praktische moeilijkheden bij de uitvoering van de case-finding door een huisarts of een verplegende in het verzorgingstehuis (zie par. 2.5) leek het verrichten van het preventief onderzoek door de onderzoeker de meest uitvoerbare oplossing. In zijn hoedanigheid van medisch adviseur kende de onderzoeker veel ouderen in deze huizen door keuringsgesprekken voor de verhuizing en door regelmatig gehouden lezingen bedoeld voor bewoners. Tevens was hij goed op de hoogte van de samenwerking tussen het huis en de verzorgenden enerzijds en behandelaars (huisartsen, riagg-medewerkers, specialisten, paramedici) anderzijds⁵²⁺⁵³. Daarmee leek hij voor de ouderen, die hij zou gaan bezoeken, niet helemaal een vreemde, zoals gevreesd werd in par. 2.5.

3. Doelstelling en vraagstelling

-Doelstelling

In de bestudeerde literatuur konden voldoende argumenten worden gevonden om de stelling te ondersteunen dat bewoners van verzorgingstehuizen in hun functioneren sterke overeenkomsten vertonen met bewoners van verpleeghuizen. Met een onderzoek zou aangetoond moeten worden in hoeverre dit feit ook de consequentie heeft dat bewoners van verzorgingstehuizen er profijt van hebben indien hen, gedeeltelijk (inhoudend een meer functionele en systematische benadering), zorg geboden wordt die lijkt op de zorg in het verpleeghuis.

Gezien de praktische mogelijkheden werd dit ruim geformuleerde doel geconcretiseerd tot een poging tot het aantonen van het nut van een preventief-gezondheidskundig onderzoek met aandacht voor vroege opsporing van functiestoornissen, verricht door een verpleeghuisarts.

-Vraagstelling

1. Is het mogelijk om bewoners van verzorgingstehuizen periodiek te onderzoeken wat betreft hun functioneren?
2. Welke signalen kunnen worden gegeven door de verpleeghuisarts aan huisartsen betreffende ouderen die gebruik maken van preventief onderzoek? Is er verband tussen bepaalde algemene kenmerken van ouderen (bijv. leeftijd, geslacht, hulpbehoefendheid en functiestoornissen) en het geven van signalen?
3. In hoeverre hebben de gegeven signalen van de verpleeghuisarts invloed op het beleid van de huisarts? Wordt niet-opvolgen beïnvloed door oorzaken samenhangend met de oudere (leeftijd, geslacht, hulpbehoefendheid en functiestoornissen), de huisarts, het onderwerp waarop het advies betrekking heeft?
4. Hoe beoordelen betrokkenen (ouderen, huisartsen, verzorgingstehuispersoneel) de positieve en negatieve effecten van een dergelijk preventief onderzoek?

4. Methode en materialen

Onderstaand worden de methoden beschreven die vanaf de aanvang van het onderzoek tot aan de beëindiging van het veldwerk werden toegepast.

-introduktie van het veldwerk.

Medio 1986 werd voor het eerst met betrokkenen in de drie verzorgingstehuizen gesproken over een eventueel uit te voeren preventief onderzoek, gericht op case-finding. De reacties waren verschillend. Sommigen zagen het onmiddellijk als positief voor de bewoners. Anderen vreesden dat het een bestaand evenwicht zou kunnen verstoren. Enerzijds was men bang dat door de signalering van de onderzoeker naar de huisarts eventuele signalen vanuit de verzorgenden naar de huisarts minder aandacht zouden krijgen. Anderzijds vreesde men dat bewoners onder druk gezet zouden worden een "medisch kanaal" in te gaan. Geleidelijk aan werd, dank zij nadere toelichting van de opzet, de attitude van de medewerkers in de verzorgingstehuizen positiever. Een voorwaarde die echter door zowel de leidinggevende verzorgenden als ook de besturen en de bewonerscommissies van de drie verzorgingstehuizen werd gesteld, was dat bewoners geheel vrij gelaten moesten worden in hun mogelijkheid medewerking aan het onderzoek te weigeren. Deze mogelijkheid stond natuurlijk op gespannen voet met de wens van de

onderzoeker om zoveel mogelijk een redelijk representatief beeld te geven van de bewoners van de drie huizen. In het voorjaar van 1987 werd een proefonderzoek gedaan bij 23 bewoners van het kleinste huis, "Kennemeroord". Hierna werd het onderzoek schriftelijk bij huisartsen geïntroduceerd. Van huisartsen kwamen aanvankelijk vrijwel alleen kritische reacties. Men vreesde dat door het onderzoek valse hoop op therapeutische mogelijkheden zou worden geboden waarna de huisarts de teleurstelling zou moeten begeleiden. Op een enkele uitzondering na gaven huisartsen wel aan bereid te zijn het experiment kritisch te volgen. In december 1987 werd een klein symposium gehouden ter introducering van het onderzoek, waarvoor huisartsen, bewonerscommissies en leidinggevenden in de verzorgingstehuizen werden uitgenodigd.

-de populatie van de drie verzorgingstehuizen.

De drie verzorgingstehuizen zijn: "Nieuw-Delftweide", Rooms-katholieke signatuur, in Haarlem-Noord, 120 bewoners; "Kennemeroord", hervormde signatuur, in Heemstede, 70 bewoners; "Schalkweide", eveneens Rooms-katholieke signatuur en vallend onder hetzelfde stichtingsbestuur als "Nieuw-Delftweide", gelegen in Haarlem-Schalkwijk, 220 bewoners. De drie huizen liggen dus enigszins verspreid over de Haarlemse regio; ze kunnen worden geacht redelijk representatief te zijn voor een "doorsnee-verzorgingstehuis". Daarmee is dan tevens gezegd dat de kans groot is dat échte "risico-ouderen" worden gevonden in de zin zoals door Williamson bedoeld¹⁰⁷. De gemiddelde leeftijd in verzorgingstehuizen ligt boven de tachtig jaar; alle opgenomenen hebben een min of meer ernstige handicap die aanleiding was tot de opname. In de literatuur is beschreven dat het mogelijk is met vragenlijsten¹⁰⁵⁺¹⁰⁶⁺¹⁰⁹ of enquêtering door vrijwilligers¹⁰⁴ de zogenaamde risico-ouderen te selecteren. Om twee redenen werd van deze mogelijkheid afgezien. Ten eerste zijn deze methodes ontwikkeld ten behoeve van beperking van case-finding in de algemene populatie ouderen boven 65 jaar. Bij het hier voorgestelde onderzoek gaat het echter om ouderen die wonen in een verzorgingstehuis en waarvan -om die reden!- aangenomen mag worden dat zij meer kans hebben om "risico-oudere" te zijn. Bij de vraagstelling van dit onderzoek (zie tweede gedeelte vraag 1) is er wel voor gekozen om het hier genoemde uitgangspunt te beoordelen. Wellicht zou blijken dat -achteraf gezien- wel degelijk bepaalde sub-groepen van bewoners veel meer "risico-oudere" blijken te zijn dan andere sub-groepen. Een tweede reden om van de mogelijkheid tot beperking van de populatie af te zien heeft te maken met de sfeer in verzorgingstehuizen. Veel meer dan in een wijk met thuiswonende ouderen wordt binnen een verzorgingstehuis door ouderen op elkaar gelet. Zij die niet zouden worden bezocht, zouden zich gepasseerd voelen; dit zal een negatief effect op de motivatie tot deelname van de wel-geselecteerden hebben. In augustus 1988 werden alle bewoners van de drie verzorgingstehuizen schriftelijk op de hoogte gesteld van de mogelijkheid zich op te geven voor het onderzoek. Men kon dit doen met een strookje dat bij de receptie kon worden afgegeven. Over de bereidheid van bewoners om deel te nemen, zie verder bij par. 5.1.1.

-wijze van uitvoering van het preventieve onderzoek.

Voortbouwend op ervaring opgedaan als verpleeghuisarts en op kennis uit de literatuur (par. 2.4), werd een onderzoeksschema opgesteld, zie bijlage 1.

-vastlegging van gevonden gegevens en berichtgeving aan huisartsen.

De gegevens werden tijdens het bezoek aan de bewoner genoteerd en kort daarna op een personal computer deels in een bestandsbeheer-programma, deels in een tekstverwerkings-

programma vastgelegd. Aan de hand van deze vastlegging kon gemakkelijk een brief aan de huisarts worden geschreven. Hierin werden apart vermeld de basisgegevens die na elk bezoek werden vastgelegd en specifieke signalen die naar het inzicht van de onderzoeker voor de huisarts een relevante nieuwe bijzonderheid zouden kunnen bevatten.

-beoordeling van het nut van de na preventief onderzoek afgegeven signalen aan huisartsen.

Voorafgaand aan het onderzoek is veel aandacht besteed aan de manier waarop de relevantie van de afgegeven signalen zou kunnen worden bepaald. Enerzijds gezien het feit dat het niet zou lukken bewoners systematisch deel te laten nemen aan het preventieve onderzoek (immers: deelname was vrijwillig), maar anderzijds vanwege het slechts beperkte effect van preventief onderzoek (immers: huisartsen kunnen de signalen naast zich neerleggen), zou het absoluut niet zinvol zijn om gegevens betreffende mortaliteit, morbiditeit, ziekenhuisopname, dalen a.d.l.-functioneren, verpleeghuisopname e.d. te vergelijken tussen wel-deelnemers en niet-deelnemers.

In de literatuur wordt gesuggereerd om -indien men niet het effect kan meten aan de hand van gezondheidskundig duidelijk relevante criteria (of "end-points")- gebruik te maken van zogenaamde "surrogate end-points"²⁹⁸. Onder dit begrip verstaat men een kenmerk dat niet direct gezondheidskundig relevant is maar dat geacht kan worden invloed te hebben op het echte criterium. In dit geval zou een surrogaat-criterium kunnen zijn het geïnformeerd raken van de huisarts. Hoe komen we er echter achter of die informatie iets toevoegt? Het kan toch zo zijn dat de huisarts reeds over die informatie beschikt of anders de informatie enkele dagen later vanzelf zou hebben gekregen. Het leek onmogelijk dit te toetsen aan objectief gedrag, zoals het naar de oogarts verwijzen van iemand na een signaal dat betrokkene slechter zou zien. Immers: soms zal de huisarts die verwijzing nog even laten wachten omdat hij graag eerst een ander medisch probleem bij deze patiënt opgelost wil zien, terwijl hij wel blij was met het signaal; een andere keer verwijst hij wel naar de oogarts maar doet dit omdat de dochter van patiënte hem op de achteruitgaande visus attent heeft gemaakt. Verder betekent een dergelijke opzet dat de huisarts mee moet werken aan het informeren van de onderzoeker omtrent zijn handelwijzen. Een andere mogelijkheid tot evaluatie van het nut van signalen zou zijn een vergelijking met hetgeen bij de huisarts reeds aan gegevens beschikbaar is ¹¹⁹⁺²⁹⁹. Dit lijkt eveneens meer gevraagd dan huisartsen waarschijnlijk zouden willen bieden. Verder is het maar de vraag of het een betrouwbare vergelijking oplevert: het is mogelijk dat een bepaald gegeven weliswaar niet in de aantekeningen van de huisarts kan worden gevonden, terwijl dit wel bij hem bekend is. Al deze overwegingen maakten dat het surrogaat-criterium "toename van geïnformeerde bijdragend tot verbetering van het praktische beleid van de huisarts" slechts door de huisartsen zelf zou kunnen worden beoordeeld. Hen te benoemen tot "scheidsrechter" brengt vanzelfsprekend een subjectief element in het geding: sommigen zullen uit sympathie met de inspanningen van de onderzoeker een te positief oordeel geven; anderen zullen uit een gevoel zich gepasseerd te voelen een te negatief oordeel geven. Op zich is deze subjectiviteit niet een groot probleem: als een vorm van case-finding uitgevoerd door een arts met verpleeghuis-achtergrond (zoals nu in dit kleine onderzoek op proef wordt toegepast) op grotere schaal zou worden getoetst of uiteindelijk zou worden ingevoerd, dan gebeurt dit alleen maar indien huisartsen vanuit hun centrale positie in de eerste lijn hier positief tegenover staan.

Er werd een vragenlijst ontwikkeld die heel kort moest zijn en waarin huisartsen over elk van de hen toegezonden brieven hun mening betreffende drie aspecten dienden te geven. Deze aspecten waren: het nieuw-zijn van de informatie, het zetten van nadere diagnostische of therapeutische stappen op grond van de informatie, het nuttig vinden van de informatie. Bij elk van deze aspecten kon de huisarts extra commentaar geven in de kantlijn van het formulier. Er werden vier soorten formulieren gemaakt te gebruiken indien in de brief alleen basis-gegevens werden verstrekt (zie bijlage 2) of indien aanvullend één, twee (zie bijlage 3) of drie signalen werden gegeven.

-enquêteren van bewoners en huisartsen na afloop van het veldwerk.

Met als doel van de bewoners iets meer te horen over hun ervaring bij het ondergaan van het preventieve onderzoek, werd voor hen een enquête-formulier ontworpen (zie bijlage 4). Voor de huisartsen werd ook een enquête-formulier ontworpen om te kijken welke algemene meningen zij hebben over preventief onderzoek bij ouderen en welke aspecten zij daarbij van meer en van minder belang vonden (zie bijlage 5).

C. RESULTATEN

In dit onderdeel wordt ingegaan op de vier vragen die werden geformuleerd (hst 3).

In *hoofdstuk 5* wordt de eerste vraag beantwoord:

-Is het mogelijk om bewoners van verzorgingstehuizen periodiek te onderzoeken wat betreft hun functioneren?

In *hoofdstuk 6* worden de tweede en derde vraag beantwoord:

-Welke signalen kunnen worden gegeven door de verpleeghuisarts aan huisartsen betreffende ouderen die gebruik maken van preventief onderzoek? Is er verband tussen bepaalde algemene kenmerken van ouderen (bijv. leeftijd, geslacht, hulpbehoefendheid en functiestoornissen) en het geven van signalen?

-In hoeverre hebben de gegeven signalen van de verpleeghuisarts invloed op het beleid van de huisarts? Wordt niet-opvolgen beïnvloed door oorzaken samenhangend met de oudere (leeftijd, geslacht, hulpbehoefendheid en functiestoornissen), de huisarts, het onderwerp waarop het advies betrekking heeft?

In *hoofdstuk 7* wordt de vierde vraag beantwoord:

-Hoe beoordelen betrokkenen (ouderen, huisartsen, verzorgingstehuispersoneel) de positieve en negatieve effecten van een dergelijk preventief onderzoek?

5.Resultaten: beschrijving van de populatie

Met in totaal 318 personen is gedurende de drie jaar dat het onderzoek heeft plaats gevonden, contact geweest. Dit hoofdstuk handelt over de 318 deelnemers als populatie.

5.1 algemene kenmerken van de populatie

5.1.1 bereidheid tot deelnemen

Tabel 1 geeft een indruk omtrent het deelnemen gedurende de loop van het onderzoek in vergelijking tot het aantal verzorgingsplaatsen dat in de drie verzorgingstehuizen aanwezig is (410). Er is onderscheid gemaakt tussen de bewoners die voor het eerst deelnamen (eerste deeln.) en zij die voor de tweede dan wel derde keer deelnamen (vervolg-deeln.).

Tabel 1. Deelnemers aan consultatie gedurende de drie onderzoeksjaren

	eerste deeln.	vervolg- deeln.	totaal
1988	129	--	129
1989	149	97	246
1990	40	189	229
totaal	318	286	604

In augustus 1988 werden alle bewoners van de drie verzorgingstehuizen schriftelijk op de hoogte gesteld van de mogelijkheid zich op te geven voor het onderzoek. Men kon dit doen met een strookje dat bij de receptie kon worden afgegeven. Het aantal deelnemers bedroeg 129.

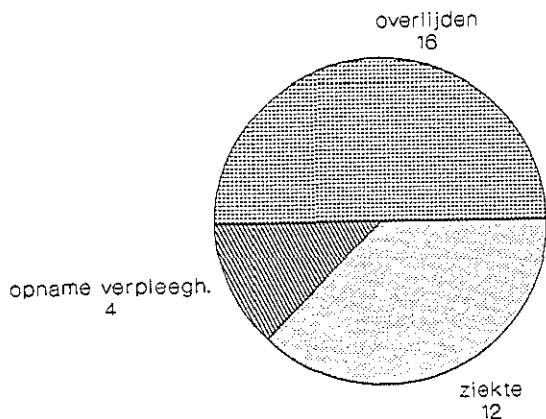
In 1989 werden al diegenen die in 1988 niet hadden deelgenomen door een lid van de bewonerscommissie van het respectieve huis bezocht en gestimuleerd alsnog deel te nemen. Bij bewoners die niet geacht konden worden om zelfstandig hierover te beslissen (meest om psychogeriatrische redenen), werd niet aangedrongen. Tabel 1 toont dat het aantal deelnemende bewoners toenam. Gezien het aantal plaatsen in de drie verzorgingstehuizen (410), werd echter nog geen volledige medewerking verkregen.

In het derde jaar kon worden aangenomen dat het onderzoek inmiddels voldoende bekend zou zijn bij bewoners. Pas onder die omstandigheden leek het zinvol een onderzoek te doen naar kenmerken van niet-deelnemers. Daarom werden per 1.1.1990 al diegenen die niet in het vorige jaar hadden deelgenomen en die nog in één van de huizen woonden, geteld. Bij de administratie van de verzorgingstehuizen bleken 147 namen bekend te zijn. Gezien het aantal deelnemers in het voorgaande jaar (246) en het aantal verzorgingsplaatsen (410) zou men verwachten dat de personalia van minstens 164 personen bekend zouden zijn. Door overlijden van personen die niet hadden deelgenomen aan het onderzoek in het voorgaande jaar is dit aantal waarschijnlijk lager. De genoemde 147 niet-deelnemers werden door een vrijwilliger benaderd om beter geïnformeerd te raken omtrent hun motieven voor niet-deelname. Zie verder par. 5.1.3.

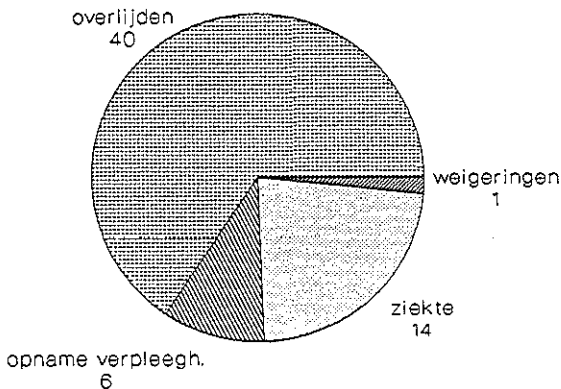
5.1.2 bereidheid opnieuw deel te nemen

Personen die één maal deel hadden genomen aan consultatie, bleken dit het volgende jaar ook vrijwel altijd weer te willen doen. Slechts één keer werd een weigering ontvangen: het betrof een weduwnaar die het jaar tevoren mee had gedaan vanwege de slechte gezondheidstoestand van zijn echtgenote maar die voor zichzelf geen reden tot deelname zag. Uit de figuren 4 en 5 blijkt dat zij die niet opnieuw deelnamen, meestal reeds overleden bleken te zijn.

Figuur 4. Opnieuw deelnemen; oorzaken voor "uitvallen" in 1989 (n=32)



Figuur 5. Opnieuw deelnemen; oorzaken voor "uitvallen" in 1990 (n=61)



5.1.3 bewoners die niet bereid waren tot deelname

De 147 als niet-deelnemers aangemerkte personen (zie par. 5.1.1) werden in het begin van 1990 door een vrijwilliger benaderd die hen vroeg waarom zij niet mee hadden gewerkt. Enerzijds zou men zich kunnen voorstellen dat onder de niet-deelnemers zeer valide personen zijn. Vergelijk met de ene weigeraar in 1990 en met het literatuurgegeven dat niet-bezoekers in de huisartsenpraktijk ook gezonder zijn¹¹¹. Anderzijds werd gevreesd dat onder de niet-deelnemers juist sterk geïsoleerd levende personen zouden zijn die met nadruk wel bereikt hadden moeten worden.

Het onderzoek naar het niet-deelnemen vond in elk huis op verschillende wijze plaats daar de Directies elk op hun eigen wijze wilden garanderen dat bewoners niet onvrijwillig aan enigerlei onderzoek zouden worden blootgesteld. In "Nieuw-Delftweide" zijn alle betrokken bewoners schriftelijk benaderd met de vraag of zij akkoord gingen met een bezoek van een vrijwilligster die hen zou vragen naar hun redenen om niet deel te nemen aan het project in het afgelopen jaar. Vijftien mensen wensten hieraan niet deel te nemen. Het bezoek van de vrijwilligster vond plaats in maart 1990. In "Schalkweide" werden de bedoelde bewoners allen benaderd door een arts-assistent. Dit bezoek vond plaats in augustus/september. In "Kennemeroord" bezochten verzorgenden de bewoners in oktober.

In alle drie situaties was het moeilijk om de argumenten voor niet-deelname te beoordelen. De indruk was dat men vrij stereotype antwoorden gaf en niet bereid was dit verder toe te lichten ("niet nodig"). Meestal hadden de enquêteurs daarbij de indruk inderdaad met verhoudingsgewijs valide mensen te maken te hebben; soms was hun indruk juist omgekeerd.

Tabel 2 laat zien dat van de 147 niet-deelnemers slechts 70 ("wil niet" en "onbereikb.") in feite als niet-deelnemers beschouwd kunnen worden. Er is onderzocht of deze 70 personen wat betreft gemiddelde leeftijd, geslacht, gemiddelde meerzorg en het verzorgingstehuis waar men woonde verschilden van de 228 bewoners die wel deelnamen in 1990. Hierbij bleek dat er geen significante verschillen waren tussen de beide groepen wat betreft hun leeftijd (resp. 84,8 en 85,5 jaar) en hun meerzorg (resp. 41,0 en 45,3 min.).

Tabel 2. Kenmerken van niet-deelnemers

	K'oord	N'D'weide	S'weide	Totaal
psych.ger.	8	4	5	17
overl.	-	5	6	11
ziek	1	2	3	6
wil toch	3	14	26	43
wil niet	18	15	17	50
onbereikb.	-	15	5	20
totaal	30	55	62	147

Met andere woorden: de niet bezochte ouderen waren iets ouder en hadden iets meer meerzorg-behoefte. Het aantal vrouwen lag in de weigeraars-groep iets hoger met 85,7%; in de deelnemersgroep bedroeg dit percentage 78,5.. Het enige statistisch significante verschil dat werd gevonden tussen de twee groepen had betrekking op het verzorgingstehuis. Uit tabel 3 wordt duidelijk dat "Schalkweide" een geringer percentage weigeraars heeft dan de andere twee huizen; tussen de twee andere huizen is het verschil overigens niet significant.

Tabel 3. Onderscheid naar verzorgingstehuis tussen deelnemers en weigeraars in 1990, aangegeven in absolute getallen en procenten

	K'oord (n=46)	N'D'weide (n=92)	S'weide (n=160)
weigeraars (n=70) (23%)	18 (39%)	29 (32%)	23 (14%)
deelnemers (n=228) (77%)	28 (61%)	63 (68%)	137 (86%)

5.1.4 de drie verzorgingstehuizen

Van alle deelnemers werd genoteerd in welk huis men woonde. Rekening houdend met het aantal verzorgingsplaatsen per huis bleek er geen verschil tussen de mate waarin deelgenomen werd aan consultatie door bewoners van de drie huizen. Zie tabel 4.

Tabel 4. Aantal deelnemende bewoners en consulten per huis

	K'oord (70 plaatsen)	N'D'weide (120 plaatsen)	S'weide (220 plaatsen)	Totaal (410 plaatsen)
consulten	97	161	346	604
bewoners	52	85	181	318

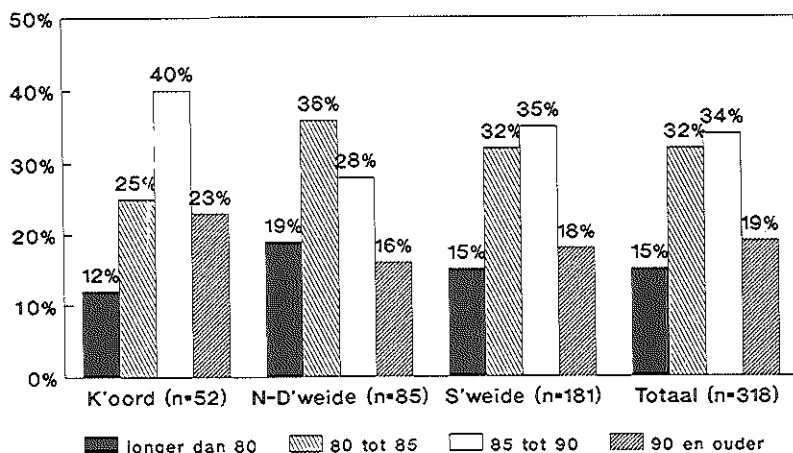
Uit deze tabel blijkt verder dat bijna de helft van de verrichte consulten plaats vond bij iemand die tevoren ook reeds bezocht was, zie verder par. 5.1.12. Voor de beschrijving van de populatie in de hierna volgende paragrafen van dit hoofdstuk zal steeds van de genoemde 318 deelnemers uitgegaan worden.

5.1.5 leeftijd

De leeftijd van de deelnemers was hoog, zoals men in verzorgingstehuizen mag verwachten. Zie figuur 6.

Er waren geen opvallende verschillen per huis. In "Kennemeroord" lag de gemiddelde leeftijd het hoogst: 85,7 jaar. In "Nieuw-Delftweide" en "Schalkweide" bedroeg dit gemiddelde resp. 84,0 en 84,2 jaar. In "Nieuw-Delftweide" woonde wel de oudste deelnemer met 101 jaar.

Figuur 6. Leeftijden, ingedeeld naar huis; in procenten

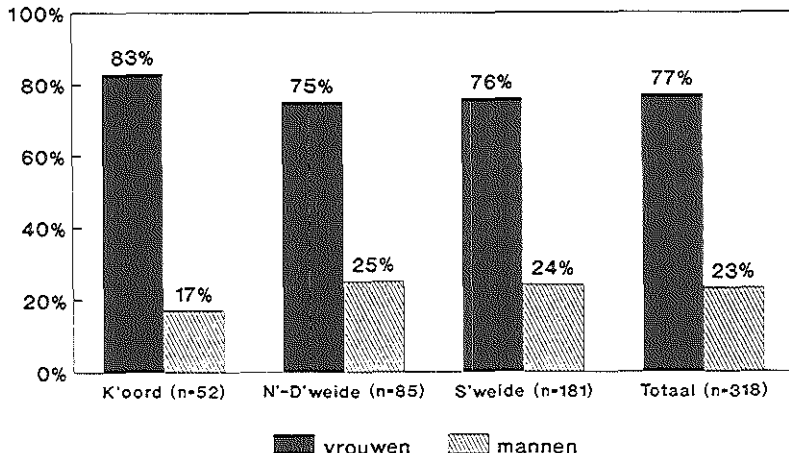


5.1.6 geslacht

Zoals verwacht mocht worden bevat de populatie een grote meerderheid aan vrouwen. Zie figuur 7.

Het percentage mannen ten opzichte van vrouwen lag in "Kennemeroord" het laagst met 17%; in "Nieuw-Delftweide" en "Schalkweide" was dit resp. 25 en 24%.

Figuur 7. Geslachten, ingedeeld naar huis; in procenten

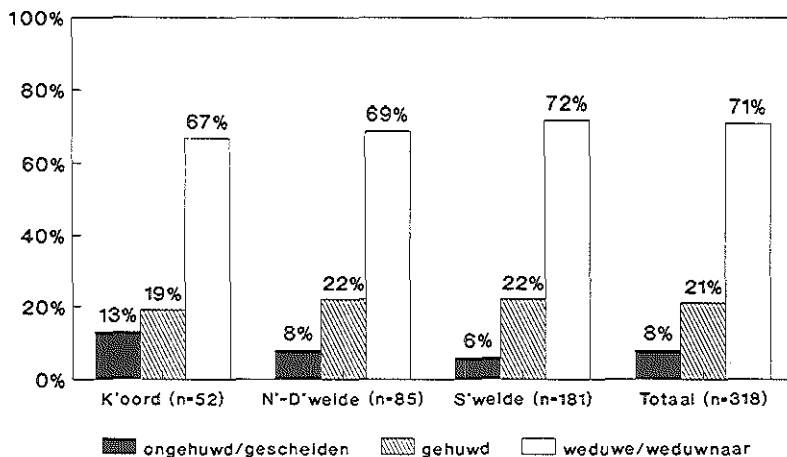


5.1.7 burgerlijke staat

Ook betreffende dit aspect vertoont de populatie een beeld dat overeenkomt met hetgeen men demografisch zou verwachten. Zie figuur 8.

De verhouding tussen alleenstaanden en niet-alleenstaanden verschilde niet per huis; percentages variëren tussen 19 en 22%.

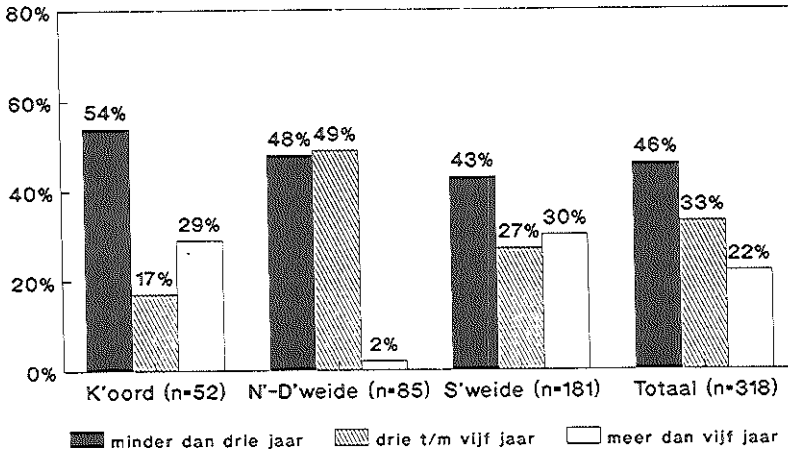
Figuur 8. Burgerlijke staat, ingedeeld naar huis; in procenten



5.1.8 verblijfsduur

Wat dit aspect betreft bestond wel een duidelijk verschil tussen de drie huizen doordat "Nieuw-Delftweide" een veel nieuwer huis is dan de andere twee; dit huis werd in 1985 geopend. In "Nieuw-Delftweide" woont men dan ook het kortst: gemiddeld 2,75 jaar. In de andere twee huizen bedraagt dit gemiddelde 3,27 en 4,51 jaar. Zie figuur 9.

Figuur 9. Verblijfsduur, ingedeeld naar huis; in procenten



5.1.9 meerzorg-score

"Meerzorg" is een in sommige bejaardentehuizen standaardmatig bepaalde maat voor het aantal minuten die een bewoner aan extra-verzorging nodig heeft boven de zogenaamde basis-zorg. Hiervoor wordt landelijk een lijst van de LSB (Den Haag) gehanteerd. Men moet zich realiseren dat met deze maat lang niet alle feitelijk aan een bewoner bestede tijd gemeten worden. Van overheidswege wordt -met een zekere reserve- een grens van 50 minuten aangehouden om het verschil met verpleeghuiszorg te markeren. Niet anders dan in andere verzorgingstehuizen komen ook in de onderzochte huizen een groot aantal bewoners boven die grens.

Tabel 5 toont aan dat er geen grote verschillen zijn tussen de drie huizen. "Nieuw-Delftweide" heeft gemiddeld iets lagere scores: 32,8 in vergelijking tot "Schalkweide" (35,5) en "Kennemeroord" (35,4).

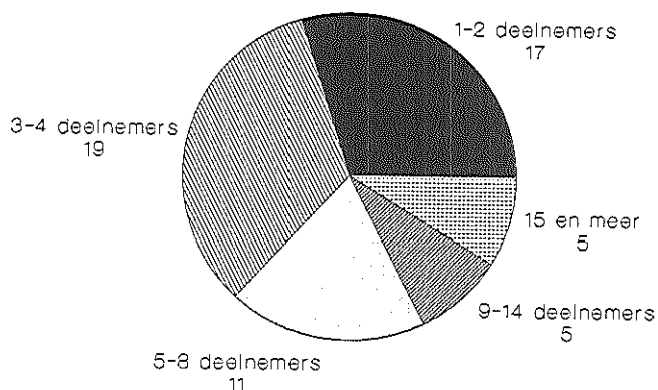
Tabel 5. Percentages deelnemers (totaal en per huis) ingedeeld naar hoeveelheid meerzorgminuten

	K'oord (n=52)	N'D'weide (n=85)	S'weide (n=181)	Totaal (n=318)
0 tot 30 minuten	56%	69%	60%	62%
30 tot 55 minuten	23%	8%	17%	15%
55 tot 100 minuten	15%	14%	13%	14%
100 en meer min.	6%	8%	11%	9%

5.1.10 huisartsen per bewoner

De 318 bewoners bleken 56 verschillende huisartsen te hebben. Figuur 10 toont dat van de meeste huisartsen slechts één of enkele van hun patiënten deelnamen aan het project. Met andere woorden: de meeste huisartsen hebben slechts één of enkele brieven betreffende consultatie ontvangen. Slechts vijf huisartsen hadden vijftien of meer patiënten die deelnamen aan het project. De huisarts met de meeste deelnemende ouderen had er 46; twee huisartsen hadden 22 patiënten.

Figuur 10. Aantal deelnemers per huisarts (n=57)



5.1.11 eerste, tweede of derde deelname

Zoals reeds bleek uit tabel 4 waren ongeveer de helft van de consulten vervolgcconsulten. Indien men kijkt naar het totaal aan 604 consulten, dan betrof het in 318 gevallen een

eerste consult en in 286 gevallen een vervolgc-consult. In totaal werden 106 personen één keer, 138 personen twee keer en 74 personen drie keer bezocht. In de praktijk bleek dat een vervolgc-consult zelden alleen om deze reden dezelfde inhoud had als het consult een jaar eerder. Immers, het ene jaar kan een heel ander probleem op de voorgrond staan dan het volgende jaar.

Dit blijkt ook als men de consulten die bij dezelfde personen in opeenvolgende jaren met elkaar vergelijkt wat betreft de afgegeven signalen. In totaal konden 286 vergelijkingen gemaakt worden tussen een eerder consult en een vervolgc-consult: 138 vergelijkingen bij de personen die twee maal deelnamen en twee maal 74 vergelijkingen bij de personen die drie maal deelnamen. Tabel 6 toont dat er in 54% van de gevallen verschil was tussen opeenvolgende consulten. In 114 gevallen werd beide keren geen signaal gegeven en in 17 gevallen een signaal uit dezelfde groep (waarbij er overigens wel verschil in inhoud van het signaal kan zijn geweest).

Tabel 6. Telling van de vergelijkingen tussen het al dan niet geven van een signaal bij een eerder consult en een vervolgc-consult

	aantal vergelijkingen
beide keren geen signaal	114
eerste keer geen, tweede keer wel signaal	54
eerste keer wel, tweede keer geen signaal	56
beide keren zelfde signaal	17
beide keren een signaal maar verschillend	45

5.2 functioneren en medicatie-gebruik

5.2.1 bloeddruk

Behoudens bij drie personen -die dit niet wensten- werd bij alle ouderen de bloeddruk tijdens zitten gemeten. Dit gebeurde tegen het eind van het gesprek, aannemende dat dan een zeker vertrouwen jegens de bezoeker zou zijn ontstaan. Er werd niet een liggende en staande bloeddruk gemeten behalve bij die personen waarbij duizeligheid bij opstaan bij het gesprek ter sprake was gekomen. Bij de pilot-study was de indruk gewekt dat bepaling van de liggende en staande bloeddruk door ouderen als ongewoon en daardoor bedreigend werd ervaren. De systolische bloeddruk bedroeg gemiddeld 150,5 mm Hg, de diastolische 82,5 mm Hg.

Bloeddrukken bleken vrijwel niet beïnvloed door leeftijd of geslacht van onderzochten. Deelnemers ouder dan 90 jaar hadden een gemiddelde systolische bloeddruk van 148 mm

Hg; bij diegenen jonger dan 80 jaar was dat 147,1 mm Hg. Er waren 123 mensen (39%) met een systolische bloeddruk van 160 mm Hg of hoger. De hoogst gemeten waarde bedroeg 220 mm Hg. De hoogste diastolische waarde bedroeg 110 mm Hg. In het geheel bleken 27 mensen (8%) een diastolische bloeddruk van 95 mm Hg of meer te hebben.

Bij ouderen wellicht van extra belang is de lage systolische bloeddruk; vier personen hadden een systolische waarde van 110 mm Hg, twee hadden 105 en één had 100 mm Hg.

5.2.2 gewicht

Na het meten van de bloeddruk werd aan alle ouderen gevraagd om op een huishoudweegschaal te gaan staan. Veel ouderen bleken zelf ook in het bezit van een weegschaal zodat metingen vergeleken konden worden. Acht (van de 318) mensen konden of wilden niet gewogen worden. Met name voor personen die slecht ter been zijn is meting met een dergelijke weegschaal ongeschikt. Er werd geen meting van de lengte verricht vanwege de moeilijkheid hiervan bij ouderen i.v.m. een veel voorkomende kyfose. Het gemis aan gegevens over de lengte maakt interpretatie van de gegevens betreffende het gewicht natuurlijk moeilijker. Het gemiddelde gewicht bij de verrichte metingen bedroeg 65,9 kg. Het gewicht bleek niet te worden beïnvloed door de leeftijd, het geslacht of de hoogte van meerzorg. Negen personen bleken 90 kg of meer te wegen; de zwaarste 105 kg. Tien personen wogen 44 kg of minder; de lichtste 37 kg! Bij twee van hen werd dit lage gewicht als signaal aan de huisarts gemeld.

5.2.3 lichamenlijk en psychisch functioneren

Op een zestal aspecten werd in het bijzonder gelet bij alle bezochte ouderen: het gezichtsvermogen, het gehoor, de mobiliteit, de stabiliteit, de continentie en de psychische functie. In de Engelse geriatrie spreekt men wel over de zes "i's" om de handicaps aan te duiden die kunnen ontstaan bij falen van deze functies: impaired vision, impaired hearing, immobility, instability, incontinence, insanity¹⁴. De manier van onderzoek en scores van de functie is beschreven in bijlage 1.

Als grens tussen wel-gehandicapt-zijn en niet-gehandicapt-zijn werd per functie het volgende aangehouden:

-wat betreft het zien: nog telefoonboek kunnen lezen of grote letters kunnen lezen.

-wat betreft het horen: goed dan wel redelijk fluisterspraak kunnen horen.

-wat betreft het staan en gaan: minstens onbeperkt alleen in het eigen appartement kunnen lopen.

-wat betreft de incontinentie: volledige continentie voor urine en ontlasting dan wel lichte incontinentie waarbij men nog wel in staat is dit zelf op te vangen.

-wat betreft het geheugen: goed geheugen of tekenen van ouderdomsvergeetachtigheid die men goed kan hanteren.

Tabel 7 geeft enerzijds een beeld van de in totaal 190 handicaps die bij deze ouderen werden gevonden. Minstens even interessant is echter dat 55% van deze gemiddeld zeer oude

personen geen enkele handicap vertoont, volgens de gehanteerde normen: 176 van de 318 bewoners. Op de vraag in de titel van dit boek kan dan geantwoord worden dat ouderdom zeker niet altijd met gebreken komt!

Tabel 7. Percentages bewoners (totaal en per huis) waarvan het functioneren in één of meer aspecten verminderd bleek

	K'oord (n=52)	N'D'weide (n=85)	S'weide (n=181)	Totaal (n=318)
zien	15%	19%	18%	18%
horen	12%	9%	13%	12%
staan/gaan	6%	6%	4%	5%
continentie	6%	8%	12%	10%
geheugen	13%	9%	10%	11%
zonder één van deze handicaps	54%	61%	53%	55%

De 82% ouderen die goed konden zien, kan men onderverdelen in 74% die letters van het telefoonboek konden lezen en 8% die grote letters konden lezen. Het begrip "krantendruk" wordt hier vermeden omdat dit in de praktijk aanleiding geeft tot verwarring. Wat betreft de 11% ouderen met geheugenstoornissen kan nog een verdere opsplitsing gemaakt worden. Bij deze 34 ouderen werd in 15 gevallen gesproken van lichte en in 19 gevallen gesproken van zware geheugenstoornissen. Voorzover in een éénmalig contact valt na te gaan, leek er bij deze laatste groep in grote waarschijnlijkheid sprake van een dementiesyndroom. Dit was dus het geval bij 6% van de populatie.

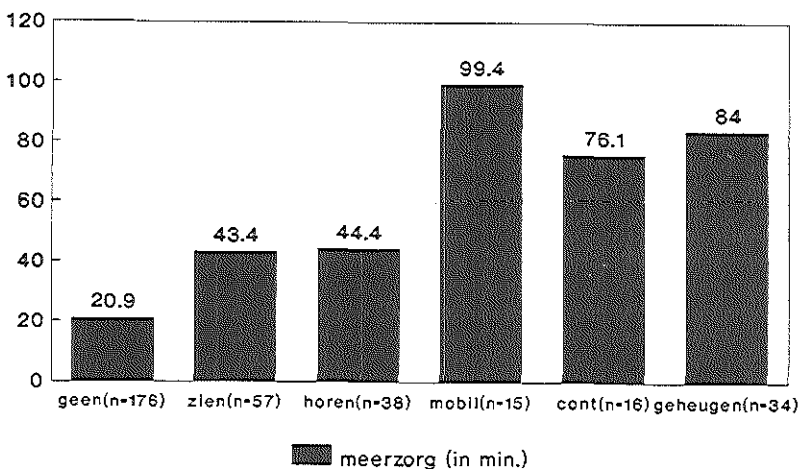
Tabel 8 toont de percentages bewoners die gehandicapt bleken uit verschillende groepen: jonger dan 85, 85 en ouder, vrouwen, mannen, bij eerste consult (zelfde gegevens als in tabel 7) en bij vervolg-consult. De verschillen tussen de hoogbejaarden en diegenen jonger dan 85 liggen voor de hand. Tussen mannen en vrouwen worden geen bijzondere verschillen gevonden behalve het grote verschil in het aantal geheugenstoornissen. Uit de groep van 318 voor het eerst bezochten bleek slechts één man geheugenstoornissen te hebben; er waren 31 vrouwen met geheugenstoornissen. Opmerkelijk zijn verder de verschillen tussen het eerste consult en het vervolg-consult. Wat betreft zien, horen en continëntie blijken personen bij vervolg-consult als minder gehandicapt te worden gezien. Er was geen groot verschil in meerzorg (eerste consult: 35 minuten; vervolg-consult: 37 minuten) of leeftijd (eerste consult: 84,5 jaar; vervolg-consult: 85,6 jaar) tussen deze twee groepen.

Tabel 8. Percentages bewoners waarvan het functioneren in één of meer aspecten verminderd bleek, uitgesplitst naar deelgroepen: 85 jaar en ouder, jonger dan 85 jaar, vrouwen, mannen, bezocht bij eerste consult (deze gegevens zijn identiek aan tabel 7), bezocht bij een vervolconsult.

		zien	horen	sta/ga	cont.	geheugen
> 84jr	n=167	21%	18%	7%	6%	12%
< 85jr	n=151	15%	5%	3%	3%	10%
vrouw	n=244	18%	10%	4%	9%	13%
man	n=74	18%	18%	8%	11%	1%
eerste cons.	n=318	18%	12%	5%	10%	11%
vervolg cons.	n=286	12%	3%	6%	3%	13%

Figuur 11 toont in hoeverre er verband is tussen deze handicaps en de door de verzorging gemeten meerzorg-score (par. 5.1.10). De groep zonder handicaps blijkt inderdaad een veel lagere score te hebben dan personen met een handicap. Verminderde mobiliteit of stabiliteit heeft de sterkste invloed op de meerzorg-score, gevolgd door incontinentie en geheugenstoornissen. In deze figuur is afgezien van de effecten die op kunnen treden bij combinaties van handicaps.

Figuur 11. Meerzorg in minuten bij bewoners zonder (n=176) en met verschillende handicaps



Ten slotte nog een opmerking over het verband tussen handicaps en signalen. Zoals in bijlage 1 aangegeven werd, zijn handicaps aan huisartsen alleen als signaal doorgegeven als de onderzoeker meende dat de huisarts hiervan nog niet op de hoogte zou zijn. Alleen bij de handicaps betreffende staan en gaan en het geheugen werd altijd een signaal gegeven. Bij de 18% gehandicapten wat betreft het zien werd bij 12% van de bewoners aangenomen dat de handicap bekend was terwijl bij 6% een signaal werd afgegeven. Bij de 12% gehandicapten wat betref het gehoor was dit resp. 6% en 6%; bij de 10% gehandicapten wat betreft de continentie resp. 6% en 4%.

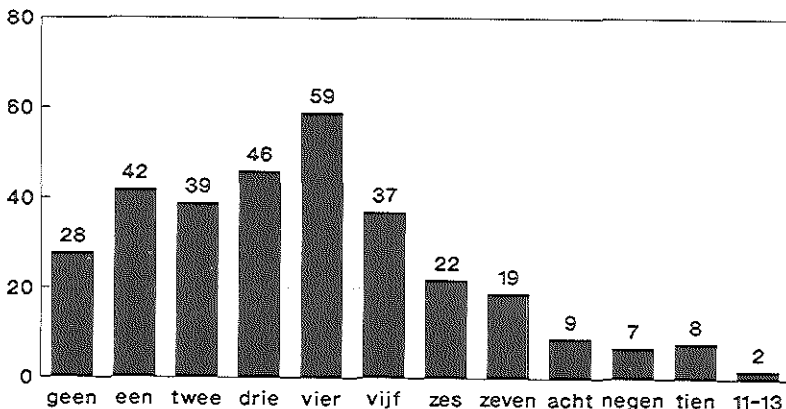
5.2.4 beheer over geneesmiddelen

Verzorgingstehuizen kunnen het beheer over geneesmiddelen van een bewoner overnemen indien daar aanleiding toe is. In de drie huizen bestaat reeds geruime tijd een traditie om hier zeer terughoudend mee te zijn. Alleen als er duidelijk van falen bij de bewoner sprake is én van belangrijke medicatie, wordt het beheer overgenomen. Verder wordt er naar gestreefd om te blijven overwegen het beheer weer terug te geven aan de bewoner. Van de 318 bewoners bleek 26,7% het beheer niet in eigen hand te hebben. De verschillen tussen de drie huizen waren niet groot: 29% voor "Kennemeroord"; 26% voor "Nieuw-Delftweide"; 27% voor "Schalkweide". Wel was er een verband tussen het beheer en het geslacht en de leeftijd van de bewoner. Bij mannen beheerden slechts 22% niet zelf; bij vrouwen 28%. Bij 85+ers 31%; bij personen jonger dan 85 jaar 23%. Het hebben van geheugenstoornissen leidt vanzelfsprekend vaak tot het niet zelf beheren van geneesmiddelen. Van deze 34 (zie tabel 7) ouderen beheren tien personen zelf de geneesmiddelen; bij 70% van hen beheren de verzorgenden de medicatie. Een andere factor met duidelijke invloed op het geneesmiddelenbeheer bleek de burgerlijke staat. Van de 68 gehuwden hadden tien personen de geneesmiddelen niet in eigen beheer (15%). Van de 250 alleenstaande waren dat er 76 (30%).

5.2.5 geneesmiddelen: aantallen en soorten

De 318 ouderen in dit onderzoek bleken gemiddeld 3,72 geneesmiddelen te gebruiken. Hoe de verdeling tussen zogenaamde nul-gebruikers enerzijds en grootgebruikers anderzijds is, laat figuur 12 zien. Er bleek geen verschil tussen de bewoners van de drie huizen. In "Nieuw-Delftweide" was het gebruik iets lager met gemiddeld 3,53 in vergelijking tot de andere twee huizen met resp. 3,75 en 3,80.

Figuur 12. Aantal geneesmiddelen dat door de ouderen werd gebruikt



Van elke bezochte oudere werd de medicatie in de brief beschreven ten behoeve van de huisarts. Wellicht was dit voor hem een bekend gegeven; mogelijk was het toch een eye-opener. Per oudere werd vervolgens aangekruist welke soorten geneesmiddelen in zijn medicatie voorkwamen. Van de in totaal 1183 middelen die de 318 ouderen gebruikten, kwamen twaalf soorten het meest voor (tussen haakjes staat het percentage gebruikers vermeld):

- diuretica: bij 167 bewoners (53%)
- sedativa: bij 123 bewoners (39%)
- hartmiddelen: bij 107 bewoners (34%)
- pijnstillers: bij 77 bewoners (24%)
- vitamines: bij 71 bewoners (22%)
- laxantia: bij 62 bewoners (19%)
- maagdarmmiddelen: bij 46 bewoners (14%)
- longmiddelen: bij 38 bewoners (12%)
- zogenaamde vaatverwijders en symptomatische middelen tegen duizeligheid: bij 36 bewoners (11%)
- antihypertensiva: bij 34 bewoners (11%)
- antidiabetica: bij 31 bewoners (10%)
- anticoagulantia: bij 31 bewoners (10%)
- overige soorten: bij 141 bewoners.

De overige geneesmiddelen waren te verdelen in de volgende groepen (tussen haakjes wordt steeds het aantal bewoners vermeld dat die medicatie gebruikte): blaas-spasmolytica (14), huidmiddelen (10), oogdruppels (9), alternatieve middelen (11), salicylaten bedoeld voor trombose-profylaxe (11), schildklier-preparaten (9), neuroleptica (8), Parkinson-middelen (8), kalium-suppletie (7), urineweg-desinfectantia en antibiotica (6), anti-epileptica (6), anti-jicht-middelen (4), antidepressiva (3), placebo (2), hormonale middelen tegen maligniteiten (2).

5.3 samenvatting

In dit hoofdstuk werd ingegaan op de vraag of systematisch onderzoek van het functioneren bij bewoners van bejaardenverzorgingstehuizen uitgevoerd kan worden. Tevens werd de populatie van onderzochten beschreven.

De deelname vond aanvankelijk geheel vrijwillig plaats. Later werd toenemend geprobeerd alle bewoners te bereiken in de hoop dat hiermee ook de échte risico-patiënten bereikt zouden worden. Personen die éénmaal hadden deelgenomen, bleken vrijwel altijd bereid het volgende jaar de onderzoeker opnieuw te ontvangen. In het laatste jaar werd een poging gedaan de niet-deelname te inventariseren. Van de 147 niet-deelnemers bleken 50 bewust niet mee te willen doen en 20 niet te bereiken te zijn (hetgeen veelal synoniem kan zijn geweest met onwil tot medewerking). Deze 70 als niet-deelnemers aan te merken personen werden wat betreft een aantal kenmerken vergeleken met de wel-deelnemers. Hierbij bleek dat er geen statistisch significant verschil bestond tussen beide groepen wat betreft leeftijd, geslacht en meerzorgbehoefte. Er werd wel een verschil gevonden tussen de verzorgingstehuizen: één

van de huizen bleek een statistisch significant lager aantal weigeraars te hebben dan de andere twee.

Er werden verder in de eerste paragraaf een aantal algemene kenmerken van de bewoners besproken. Qua leeftijd, geslacht en burgerlijke staat komt de populatie overeen met hetgeen ook elders in verzorgingstehuizen werd gevonden. Vastgelegd werd hoe lang bewoners reeds in het huis woonden en hoe hoog hun meerzorg-score was. Bewoners bleken in deze huizen veel verschillende huisartsen te hebben zodat, behoudens enkele uitzonderingen, elke huisarts ook slechts via enkele van zijn patiënten met het project consultatie in aanraking kwam. Ten slotte werd vastgelegd in hoeverre het consult een eerste contact was dan wel een herhalingsconsult.

In de tweede paragraaf werd een aantal verdere kenmerken betreffende de 318 bezochte ouderen beschreven. Bij bijna allen werd de bloeddruk tijdens zitten gemeten en het gewicht bepaald. Volgens een eigen scorings-systeem werd vastgesteld in hoeverre er sprake was van handicaps bij de bezochte ouderen. Gelet werd op: het gezichtsvermogen, het gehoor, staan en gaan, continentie voor urine en psychische functie. Het bleek dat volgens dit systeem 55% van de ouderen geen enkele handicap had. Er was een sterk verband tussen sommige van deze handicaps en de hoeveelheid meerzorg die de bewoner nodig had. Wat geneesmiddelen betreft werd geregistreerd door wie het beheer hierover werd gevoerd, hoeveel middelen gebruikt werden en welke soorten.

6. Resultaten: de signalen

Het vorige hoofdstuk heeft globaal een beeld gegeven van de ouderen die in de drie verzorgingstehuizen door de onderzoeker werden bezocht. In grote lijnen kan gezegd worden dat dit beeld niet bleek af te wijken van datgene wat men in "doorsnee"-verzorgingstehuizen zou kunnen verwachten. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de centrale vraag van deze studie: zijn er adviezen of signalen aan de huisarts te geven na een bezoek zoals werd gebracht; zo ja, welke; en, vooral, hoe relevant lijken deze signalen?

6.1 consultatie zonder signaal

Bij 339 van de 604 consulten bleek er geen relevant signaal te geven. Dat wil niet zeggen dat het hier volstrekt gezonde patiënten betrof. Het betekent dat de onderzoeker de indruk had dat de medische problemen die iemand had, reeds voldoende aandacht hadden. Bijv. iemand met duizeligheid en frequente valpartijen de laatste maanden, die vertelt dat de huisarts uitvoerig onderzoek heeft gedaan en hierna een verwijzing naar de neuroloog heeft gerealiseerd zonder dat dit tot het vinden van een oorzaak heeft geleid. Wel heeft betrokkene het advies gekregen om van een loophulpmiddel gebruik te maken maar wil dit absoluut niet. In dit voorbeeld is dus zowel medisch-causaal als functioneel min of meer het maximale geprobeerd. Het is dan waarschijnlijk niet nuttig de huisarts een signaal te zenden betreffende de valneiging. De onderzoeker heeft dit -afgaande op zijn indruk- consequent niet gedaan.

De huisarts ontving in deze gevallen een brief die uitsluitend gegevens inzake functioneren en medicatie bevatte. Na drie maanden ontving de huisarts een evaluatie-formulier (zie bijlage 2). Vanzelfsprekend gaven de huisartsen aan weinig nieuwe informatie te hebben gevonden. Hiervan was de onderzoeker immers uitgegaan; anders had hij wel een signaal afgegeven. Gezien de informatie werden op grond van de brief ook maar zelden stappen gezet door de huisarts. Toch vonden huisartsen de geboden informatie in een kwart van de gevallen nuttig, zie tabel 9. Van de evaluatie-formulieren werden er 25 niet of onvoldoende ingevuld zodat in deze tabel uitgegaan wordt van 314 brieven en niet van alle 339 brieven.

Tabel 9. Mening huisartsen over het nut van brieven zonder signaal (aantal beoordeelbare brieven=314)

	aantal:
onnuttig/zeer onnuttig	115
twijfel	114
onnuttig	85
totaal	314

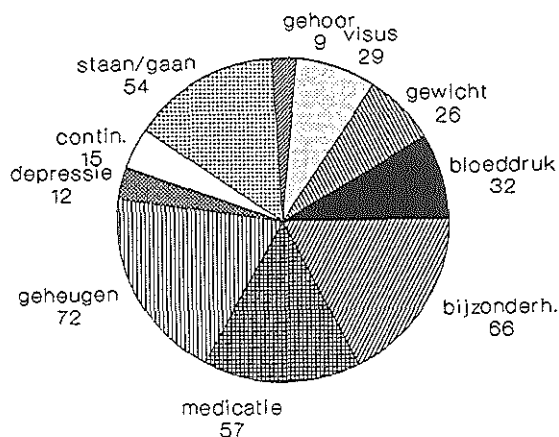
Vaak werd op het formulier vermeld dat consultatie nuttig gevonden werd omdat het een bevestiging gaf van de betrekkelijke stabiliteit van de medische problemen die ouderen hebben. "Het is wel geruststellend van een ander ook nog eens te horen dat er geen problemen zijn", schreef een huisarts na een brief betreffende een 89-jarige dame die nog dagelijks een wandeling van 400 meter maakte.

6.2 de 372 uitgezonden signalen

Bij 265 van de 604 consulten werd naar het oordeel van de onderzoeker een relevante situatie gevonden waarvan aangenomen werd dat die nog niet of nog onvoldoende bekend zou zijn bij de huisarts. In zo'n geval ontving de huisarts behalve de standaard-informatie over zijn patiënt ook een desbetreffend signaal. Na drie maanden ontving de huisarts een evaluatie-formulier (zie bijlage 3).

Naar aanleiding van deze 265 consulten werden in totaal 372 signalen aan huisartsen gegeven. Figuur 13 toont over welke onderwerpen globaal deze signalen handelden. In de volgende paragrafen komen deze onderwerpen uitgebreider aan bod.

Figuur 13. Op welke onderwerpen hadden de signalen (n=372) betrekking?



Voor elk onderwerp zal ook worden ingegaan op de gegevens uit de evaluatie-formulieren van huisartsen. Beschreven wordt de beoordeling van het nut door huisartsen en het door huisartsen n.a.v. het signaal gezet-zijn van diagnostische of therapeutische stappen. Hierbij wordt uitsluitend uitgegaan van datgene wat door de huisarts werd ingevuld. Bij nadere bestudering van de formulieren bleek dat er nogal eens aanleiding zou kunnen zijn tot twijfel over de juistheid van invullen. Zo werden soms signalen als nuttig aangemerkt terwijl toch niet de in de brief gesuggereerde stap werd gezet. Soms werd -omgekeerd- de suggestie overgenomen hoewel het signaal als onnuttig werd beschouwd. Zie casuïstiek.

casus 1. 88-jarige vrouw waarbij het geheugen gedurende de onderzoeksperiode geleidelijk achteruitging. De zorgzame dochter was bij het gesprek met mij aanwezig. Omdat zij ongerust was over het geringe eten van moeder (en daarbij aangaf te vrezen voor een negatief effect van vitamine-tekort op de psyche), werd gesuggereerd om mevrouw een

vitamine-preparaat te geven. Dit zou de dochter wat ontspanning geven als zij haar moeder hielp met eten. De huisarts nam deze suggestie niet over. Wel beoordeelde hij het signaal als nuttig.

casus 2. 85-jarige vrouw die wegens hypertensie drie keer daags 250mg methyldopa gebruikte. Hiermee had ze een bloeddruk van 130/65 mm Hg. De huisarts ervoer het signaal als onnuttig. Hij nam de suggestie om de medicatie te verlagen niet over omdat hij steeds hogere waarden had gemeten. Een jaar later was de methyldopa echter wel teruggebracht tot twee maal daags; toen met een bloeddruk van 150/85 mm Hg. Nog een jaar later bedroeg de bloeddruk 180/80 mm Hg met één maal daags methyldopa.

Huisartsen is ook gevraagd of het signaal voor hen "nieuw", "niet nieuw" of "niet nieuw, maar wel een opfrissing" was. Op dit aspect zal minder ingegaan worden omdat de indruk bestaat dat huisartsen zich bij het beantwoorden van deze vraag enigszins defensief hebben opgesteld: het is immers hun taak ertoe bij te dragen dat zo min mogelijk "nieuw" voor hen is. Stellig kan dit argument overigens ook een rol hebben gespeeld bij de beantwoording van de andere twee vragen.

Tabellen 10 en 11 tonen de beoordeling door huisartsen van 345 van de 372 signalen. De overige 27 signalen waren niet beoordeelbaar omdat huisartsen het evaluatie-formulier niet hadden ingevuld. Deze 27 formulieren waren gelijkmatig verdeeld over de verschillende onderwerpen.

Tabel 10. Maatregelen door huisartsen n.a.v. de 345 beoordeelbare signalen, in procenten

	totaal (n=345)
wel stappen	29%
geen stappen	71%

Tabel 11. Beoordeling van het nut van de 345 beoordeelbare signalen, in procenten

	Totaal (n=345)
(zeer) nuttig	52%
twijfel	29%
(zeer) onnuttig	20%

6.2.1 bloeddruk en gewicht

-casus 3: hoge bloeddruk

88-jarige vrouw die drie maal daags 250mg methyldopa gebruikte wegens hypertensie en daarbij een symptomatisch preparaat i.v.m. duizeligheid (flunarizine). Gezien de leeftijd en de nu bereikte bloeddruk (165/100 mm Hg) werd de huisarts in overweging gegeven de medicatie onder controle van de bloeddruk geleidelijk af te bouwen. De huisarts nam dit advies over. Een jaar later gebruikte mevrouw geen methyldopa of andere antihypertensieve medicatie meer en had een bloeddruk van 180/100 mm Hg. Ook de flunarizine was gestaakt.

-casus 4: lage bloeddruk

97-jarige vrouw met lage bloeddruk (110/70 mm Hg) bij gebruik van diuretica. De stabiliteit is matig; mevrouw heeft een onderhoudsbehandeling fysiotherapie. De huisarts staat positief tegenover de suggestie het diureticum af te bouwen. Bij zijn meting van de bloeddruk was die zelfs nog lager: 92/60 mm Hg. Twee weken later -na vermindering diuretica- weer 110/70 mm Hg.

-casus 5: hoog gewicht

84-jarige vrouw geïnvalideerd door neuropathie. Met name het lopen gaat moeilijk. Zij neigt tot overgewicht. In ruim een jaar tijd bleek het gewicht van 94 naar 102 kg te zijn gekomen. De huisarts vroeg bij een verpleeghuis om een consult van een diëtiste voor mevrouw.

-casus 6: laag gewicht

86-jarige vrouw die in twee jaar tijd elf kilo bleek te zijn afgevallen: van 74 kg (1988) naar 68 kg (1989) en 63 kg (1990). De huisarts deed op grond van dit signaal bloedonderzoek dat geen bijzonderheden opleverde.

-beschrijving van de signalen

Met de 15 signalen betreffende hoge bloeddruk werd in alle gevallen de suggestie gegeven een poging te doen antihypertensieve medicatie af te bouwen gezien de leeftijd van de patiënt. Er werden geen patiënten gevonden die hypertensie hadden en waarbij nog geen behandeling was gestart.

Lage bloeddruk treedt bij ouderen vaak als een niet te vermijden complicatie op van behandeling met diuretica. Indien deze complicatie reeds bij de huisarts bekend was en hij de afweging had gemaakt dat behandeling met diuretica (vooral bij decompensatio cordis) toch belangrijk is, dan bevat het signaal lage bloeddruk voor de huisarts oud nieuws. Hiermee hangt wellicht samen dat signalen betreffende lage bloeddruk door huisartsen minder vaak nuttig worden gevonden dan signalen betreffende hoge bloeddruk.

Hoog gewicht werd slechts in negen gevallen als signaal doorgegeven. De meest gesuggererde stap was vanzelfsprekend een verwijzing naar een diëtiste.

Laag gewicht werd in zeventien gevallen gesignaleerd. Bij het door de huisartsen verrichte onderzoek naar de oorzaken hiervoor werden geen specifieke oorzaken gevonden. Los van deze oorzaken lijkt echter kennis omtrent het gewicht van geriatrische patiënten van belang als maat voor hun gezondheid (zie casus 6). Dit argument werd door huisartsen niet genoemd.

Tabellen 12 en 13 tonen de reacties van de huisartsen voor de signalen betreffende bloeddruk en gewicht

Tabel 12. Maatregelen door huisartsen n.a.v. de beoordeelbare signalen betreffende bloeddruk en gewicht, in procenten

	hoge bloeddruk (n=14)	lage bloeddruk (n=16)	hoog gewicht (n=9)	laag gewicht (n=14)
wel stappen	43%	19%	66%	36%
geen stappen	57%	81%	33%	64%

Tabel 13. Beoordeling van het nut n.a.v. signalen betreffende de bloeddruk en het gewicht, in procenten

	hoge bloeddruk (n=14)	lage bloeddruk (n=16)	hoog gewicht (n=9)	laag gewicht (n=14)
(zeer) nuttig	79%	37%	56%	57%
twijfel	14%	31%	11%	29%
(zeer) onnuttig	7%	31%	33%	14%

6.2.2 lichamelijke functiestoornissen

-casus 7: gezichtsvermogen

89-jarige vrouw die alleen kan lezen wat met grote letters is gedrukt. Zij vertelt een tijd geleden bij een oogarts te zijn geweest die gezegd had dat haar ogen te goed waren voor een

staar-operatie. Aan de huisarts werd gesuggereerd om haar opnieuw te verwijzen. Voor de huisarts is dit een nieuw signaal. Bij nazoecken in zijn gegevens vindt hij dat mevrouw inderdaad 14 jaar eerder bij de oogarts was; daarna zou zij de controles af hebben laten weten. Hij verwees haar opnieuw.

-casus 8: gehoor

92-jarige vrouw met hinder van slechthorendheid. Met name kon zij hierdoor haar echtgenoot niet meer verstaan, hetgeen enkele malen tot misverstanden aanleiding gaf. De huisarts reinigde de gehoorgangen. Het is niet bekend of patiënt hierdoor beter hoorde.

-casus 9: mobiliteit en stabiliteit

94-jarige vrouw die fysiotherapie krijgt i.v.m. moeizaam lopen. Zij vertelt dat ze moeizaam loopt met het looprek omdat ze het optillen onprettig vindt. Bij onderzoek blijkt dit ook het geval. Aan de arm loopt mevrouw veel vloeiender dan met het looprek. Gesuggereerd werd om mevrouw een rollator te geven, waarmee zij makkelijker -maar toch ook stabiel- zou kunnen lopen. De huisarts nam dit advies over.

-casus 10: continentie

85-jarige vrouw die bleek op een omslachtige manier haar incontinentie op te vangen. Zij vond de randen van de luiers te scherp. Daarom knipte ze die van de luier af. Het restant wikkelde ze in flanelle lappen van ongeveer 15x40cm. 's Nachts meldde ze ongeveer vier keer nat te zijn. Waarschijnlijk lekken de luiers eerder door ten gevolge van het wegnippen van de randen. Al met al was het voor mevrouw zeer arbeidsintensief: het nachtelijk verschonen en het uitwassen van de flanelle lappen (ik zag ze te drogen hangen). Gesuggereerd werd over te gaan op ander incontinentie-materiaal. Voor de huisarts was dit een nieuw signaal. Hij verbaasde zich erover dat mevrouw deze klacht niet tegenover hem had geuit, terwijl zij verder makkelijk klaagde. Na drie maanden had hij nog geen stappen gezet omdat zij niet zelf klaagde.

-beschrijving van de signalen

Slechtziendheid is een groot probleem voor ouderen. Slechts in één geval beoordeelde een huisarts het signaal als onnuttig. Het probleem dat ouderen i.v.m. slechtziendheid aangeven, is niet altijd een verzoek om verwijzing naar een oogarts (zoals in de casus) maar vaak ook een behoefte aan meer zekerheid omtrent de vraag of men wel of niet behandeld kan worden.

Slechthorendheid werd als signaal veel minder vaak gemeld dan slechtziendheid. Lang niet altijd was het feit dat iemand slechthorend was (hetgeen bij 12% van de ouderen het geval was, zie tabel 7) aanleiding om hierover een signaal aan de huisarts te zenden. Maar in één geval werden door de huisarts stappen gezet, zie casus 8.

Problemen aangaande staan en gaan leidden tot 54 signalen. Vaak werden suggesties gedaan betreffende hulpmiddelen: rollator, trippelstoel, rolstoel met blad, elektrische rolstoel. Ook werd gesuggereerd fysiotherapie te starten of te hervatten.

Hoewel verminderde continentie vaker voorkwam (bij 10% van de ouderen, zie tabel 7), werd het in slechts 15 gevallen aan de huisartsen gesignaleerd met daarbij een concrete suggestie. Het betrof dan situaties waarin de incontinentie betrekkelijk nieuw was, duidelijk nog niet medisch onderzocht was of een wezenlijke belasting was gaan vormen. Van het laatste is casus 10 een duidelijk voorbeeld. Het lijkt dat patiënten als in casus 10 niet bij de huisarts klagen omdat ze hun probleem (last van de scherpte van de luierranden) als een persoonlijk ongemak ervaren en niet als een medisch probleem. Verhoudingsgewijs werden bij incontinentie vaak stappen gezet door de huisarts (het meest: nazien van de urine).

Tabellen 14 en 15 tonen de reacties van de huisartsen voor de signalen betreffende lichamelijke functiestoornissen.

Tabel 14. Maatregelen door huisartsen n.a.v. de beoordeelbare signalen betreffende lichamelijke functiestoornissen, in procenten

	gezichts- vermogen (n=26)	gehoor (n=8)	mobiliteit stabili- teit (n=53)	conti- nentie (n=15)
wel stappen	46%	12%	21%	47%
geen stappen	54%	88%	80%	53%

Tabel 15. Beoordeling van het nut van beoordeelbare signalen betreffende lichamelijke functiestoornissen, in procenten

	gezichts- vermogen (n=26)	gehoor (n=8)	mobiliteit stabili- teit (n=53)	conti- nentie (n=15)
(zeer) nuttig	62%	50%	49%	53%
twijfel	35%	25%	19%	40%
(zeer) onnuttig	4%	25%	32%	7%

6.2.2 psychische functiestoornissen

-casus 11: depressiviteit

79-jarige vrouw die naar het verzorgingstehuis was verhuisd aansluitend aan een reactivings-periode in een somatisch verpleeghuis. Zij was op advies van haar orthopedisch chirurg gestopt met het innemen van haar antidepressivum. Patiënte wist niet wat het effect van deze middelen zou moeten zijn. De huisarts meende ook dat er een duidelijk recidief van haar depressieve beeld was en hervatte het antidepressivum.

-casus 12: geheugenstoornissen

88-jarige vrouw die in het kader van het project vier keer gezien werd (zij had namelijk ook deelgenomen aan de proef-periode in 1987). Bij de drie eerste keren was steeds gezegd dat haar psychische functie nog van dien aard was dat handhaving in het verzorgingstehuis voor haar de beste oplossing leek, hoewel er wel van een geleidelijke achteruitgang sprake was. Bij de vierde keer werd aangegeven dat de verslechtering inmiddels van dien aard was dat het opportuun leek een indicatie voor het verpleeghuis aan te vragen. De huisarts gaf aan dat hij op grond van de brief een screening had aangevraagd. Hij beoordeelde echter het signaal als onnuttig.

-beschrijving van de signalen

Depressiviteit is een moeilijk vast te stellen verschijnsel omdat er een geleidelijke overgang lijkt te zijn tussen depressiviteit enerzijds en invoelbare neerslachtigheid anderzijds. Er werd geen gebruik gemaakt van bepaalde tests ter bepaling van de stemming; uitgegaan werd van de klinische indruk van de onderzoeker. In twaalf gevallen meende de onderzoeker het signaal door te moeten geven. Huisartsen vonden in de helft van de gevallen het signaal nuttig maar gingen niet altijd over op antidepressieve behandeling, meestal uit angst voor bijwerkingen.

Bij verschijnselen betreffende het geheugen werd beschreven in welke mate zich beperkingen leken voor te doen. Er werd een onderscheid gemaakt tussen "lichte" (45 maal) en "forsere" (27 maal) geheugenstoornissen. In beide gevallen werd het nut aangegeven van zowel een causale aanpak (opsporen van mogelijk reversibele componenten) als van symptomatisch beleid (rekening houden met de verminderde spankracht van de patiënt en aandacht geven aan opvang en begeleiding).

Geheugenstoornissen bleek het signaal dat het vaakst aan huisartsen werd gegeven. Tegelijkertijd werd juist dit signaal het slechtst beoordeeld door de huisartsen. Slechts in drie gevallen werden stappen gezet. Twee maal medicamenteus: het starten van een antidepressivum en het afbouwen van een neurolepticum. Eén maal het aanvragen van een verpleeghuis (casus 11).

Bij de commentaren die huisartsen gaven bleek steeds dat men de mogelijkheden voor de zorg voor patiënten met geheugenstoornissen zeer gering inschatte. Daardoor lijkt ook een zeker desinteresse voor dit onderwerp te bestaan. Vaak gaven huisartsen aan dat de geheugenstoornissen bij hen bekend waren.

Tabellen 16 en 17 tonen de reacties van de huisartsen voor de signalen betreffende psychische functiestoornissen.

Tabel 16. Maatregelen door huisartsen n.a.v. de beoordeelbare signalen betreffende psychische functiestoornissen, in procenten

	depressi- viteit (n=10)	geheugen- stoornis- sen (n=66)
wel stappen	30%	5%
geen stappen	70%	95%

Tabel 17. Beoordeling van het nut van beoordeelbare signalen betreffende psychische functiestoornissen, in procenten

	depressi- viteit (n=10)	geheugen- stoornis- sen (n=66)
(zeer) nuttig	50%	36%
twijfel	40%	42%
(zeer) onnuttig	10%	21%

6.2.4 geneesmiddelen en medische bijzonderheden

-casus 13: geneesmiddelen

84-jarige vrouw vertelde dat zij sinds twee maanden haar medicatie i.v.m. hypertensie niet meer innam (3x25mg hydralazine en 3x5mg pindolol). Zij had het pijnlijk gevonden om dit aan haar huisarts te vertellen maar stelde er prijs op als de boodschap via een brief aan de huisarts werd toegezonden. Voor de huisarts was het een nieuw feit. Hij verwees haar naar een cardioloog voor instelling van de hypertensie.

-casus 14: medische bijzonderheden

83-jarige geestelijk vitale man die een afspraak bij de cardioloog niet wilde nakomen. Hij moest worden gezien wegens een uit te voeren hartklep-operatie i.v.m. toenemende klachten van decompensatio cordis. Patiënt had deze indicatie voor de operatie niet begrepen; hij meende dat de operatie alleen levensverlengend zou zijn. Wat dat betreft zei hij: "Er is geen mooiere dood dan aan je hart". Hij maakte een neerslachtige indruk, mogelijk samenhangend

met de situatie van zijn echtgenote die sinds drie maanden wegens dementie in een verpleeghuis opgenomen was. Hij uitte schuldgevoelens over het feit dat hij niet meer tot communicatie met haar in staat was. De huisarts schreef hierover "hartklep-operatie zou moeten gebeuren; patiënt voelt er niet veel voor". Hij zette geen nadere stappen. Een jaar later zag ik patiënt opnieuw. Hij vertelde dat hij zich inmiddels erg graag had willen laten opereren maar dat de operatie nu medisch niet meer verantwoord werd geacht.

-beschrijving van de signalen

57 keer werd een signaal afgegeven inzake de medicatie die een oudere gebruikte. De onderzoeker was -gezien zijn positie- niet op de hoogte van overwegingen of eerdere ervaringen van de behandelend arts. In de commentaren gaven huisartsen hier soms informatie over (bijv. "is al geprobeerd"). Casus 13 toont één van de weinige situaties waarin een oudere duidelijk andere medicatie gebruikte dan de bedoeling leek. Een ander voorbeeld betrof een patiënt die haar diuretica-dosering verdubbeld had tijdens een jicht-aanval in de hoop hiermee het oedeem (door de jicht ontstaan) te verdrijven. In twee situaties was een administratieve fout ingeslopen: één patiënt gebruikte tegelijkertijd theolin en theolair, resp van de huisarts en van de longarts, een andere patiënt gebruikte 0,25mg digoxine i.p.v. de voorgeschreven lanoxin PG (bij een lichaamsgewicht van 37 kilo).

Enkele malen werd overmatig en langdurig gebruik van benzodiazepines aan de huisarts gesignaleerd. 30mg oxazepam en tegelijkertijd 20mg temazepam vormden de topper in dit opzicht. Bij sommige andere medicamenten verwijst de huisarts naar anderen voor de verantwoordelijkheid over de indicatie tot geneesmiddelengebruik: naar de cardioloog betreffende antistolling of naar het riagg voor neuroleptica.

De 66 signalen betreffende algemene medische bijzonderheden werden door de huisartsen vergelijkbaar beoordeeld met het geheel aan 372 signalen. Dat is niet verwonderlijk omdat het gebied van de signalen die in deze categorie terecht kwamen, met het gebied van de andere categoriën overlapt. Casus 14 toonde een mogelijk misverstand tussen de patiënt en de behandelende artsen: indien de interpretatie van de onderzoeker betreffende de mening van patiënt juist was (namelijk dat hij na uitleg wel zou willen), is het jammer dat ten tijde van de signalering niet meer stappen gezet zijn. Vaak ging het bij deze signalen om een gevoel van onvoldoende geïnformeerd zijn. Bijv. bij iemand van 94 jaar die recent een galwegonderzoek had ondergaan of bij iemand die na een coloscopie had gehoord "vezelrijk" te moeten eten maar niet wist wat dat nu was. In vier gevallen werden symptomen gesignaleerd die aanleiding waren tot het stellen van een diagnose: decompensatio cordis, exacerbatio cara, schildklierfunctie- en elektrolytstoornis.

In zeer weinig gevallen werden signalen betreffende de zorg voor ouderen gegeven. Bij de opzet van het onderzoek is vastgesteld dat het moeilijk zou zijn vragen te stellen naar de zorg -door het verzorgingstehuis, door artsen, door familie of kennissen- aan ouderen verleend. Dit omdat ouderen bang zouden zijn hierover te praten. Bij allen werd hier gericht naar de zorg van het huis een vraag naar gesteld ("Bent U tevreden.....?"). Voor ouderen was dit een voor de hand liggende vraag omdat de onderzoeker ook medisch adviseur van de drie huizen was. Aan de zorg door familie en artsen werd slechts aandacht besteed als de ouderen

dit zelf ter sprake brachten, hetgeen niet gebeurde.

Nogal eens werd over de verzorging een opmerking gemaakt waarvoor betrokkene geadviseerd werd contact op te nemen met de verzorging.

Tabellen 18 en 19 tonen de reacties van de huisartsen op de signalen betreffende geneesmiddelengebruik en medische bijzonderheden.

Tabel 18. Maatregelen door huisartsen n.a.v. de beoordeelbare signalen betreffende geneesmiddelen en medische bijzonderheden, in procenten

	genees- middelen (n=53)	bijzonder- heden (n=61)
wel stappen	47%	30%
geen stappen	53%	70%

Tabel 19. Beoordeling van het nut n.a.v. signalen betreffende geneesmiddelen en medische bijzonderheden, in procenten

	genees- middelen (n=53)	bijzonder- heden (n=61)
(zeer) nuttig	60%	54%
twijfel	28%	21%
(zeer) onnuttig	11%	25%

6.3 statistische bewerking van de gegevens inzake uitgezonden signalen

Deze statistische bewerking werd verricht in de hoop op twee vragen antwoord te verkrijgen. Ten eerste wilde de onderzoeker weten of er bij bewoners met bepaalde kenmerken eerder een signaal wordt uitgezonden dan bij andere bewoners. Als dat zo zou zijn, zou daarmee een aanwijzing worden gevonden voor het bestaan van risico-groepen binnen de totale populatie in het verzorgingstehuis (vergelijk de suggestie uit de literatuur met een enquête risico-patiënten op te sporen). Ten tweede wilde de onderzoeker weten of bepaalde signalen vaker door stappen van de huisarts gevolgd zouden worden, mogelijk door het signaal zelf of samenhangend met factoren inzake de bewoner. Ook deze informatie zou iets kunnen bijdragen aan de vraag of een preventief onderzoek wellicht beperkt zou kunnen worden tot meer gerichte vragen.

6.3.1 samenhang tussen kenmerken van bewoners en het uitgezonden worden van signalen

De 318 bewoners die deelnamen aan het onderzoek werden verdeeld in twee groepen; diegenen waarbij wel een signaal werd uitgezonden (195 personen) en diegenen waarbij dit niet zo was (124 personen). De volgende kenmerken van de bewoners van deze twee groepen werden met elkaar vergeleken: verzorgingstehuis waar men woonde, geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, tijd dat men reeds in het verzorgingstehuis woonde, hoeveelheid geneesmiddelen die men gebruikte, hoeveelheid meerzorg in minuten die men nodig had, de vraag of het een eerste consult dan wel een vervolg-consult betrof. Het bleek dat van de 72 mannen maar 34 (47%) een signaal kregen terwijl dit bij de 247 vrouwen er 161 (65%) waren. Dit verschil was significant (chi-kwadraat-toets: $p < 0,01$). In een multipale regressie-analyse (hier equivalent met een discriminant-analyse) bleek dat naast geslacht alleen de variabele meerzorg significant gecorreleerd was met het krijgen van een signaal. Volgens het uiteindelijk gekozen model kan men de kans op een signaal (s), uitgedrukt in percentage, schatten met onderstaande vergelijking:

$$s = (58,7 + 0,15 \times \text{meerzorg} - 18,0 \times \text{geslacht}) \%$$

Hierbij is aan de variabele geslacht voor mannen en vrouwen de waarde "1" resp. "0" toegekend. In deze vergelijking waren de coëfficiënten voor meerzorg en geslacht beide significant verschillend van 0 ($p < 0,01$).

Apart van dit model werd nog berekend in hoeverre er verband bestond tussen het jaar waarin het bezoek plaats vond en de kans op het vinden van een signaal. Men zou zich kunnen voorstellen dat iemand bij wie in het eerste jaar een signaal gevonden werd in het daaropvolgende jaar geen nieuw signaal zou worden gevonden. Daartoe werden vergeleken de consulten bij bewoners die meer dan één keer werden gezien. Het bleek dat er geen statistisch significant verschil was wat betreft de kans op het zenden van een signaal tussen consulten in een eerder of later jaar.

6.3.2 samenhang tussen kenmerken van het signaal en van bewoners en de wijze van beoordeling van het signaal

Wat betreft de aard van het signaal was er één groep signalen die duidelijk anders werd beoordeeld (zowel wat betreft het nemen van maatregelen als wat betreft de beoordeling van het nut) dan de anderen. Dit waren de signalen die betrekking hebben op het psychisch functioneren van de bewoner. In tabel 16 en 17 was reeds te zien dat na signalen betreffende depressie of geheugenstoornissen veel minder stappen gezet worden en de huisartsen het signaal minder nuttig vinden. Er was geen verschil tussen de wijze van beoordelen van de andere soorten signalen.

Om te achterhalen of kenmerken van de bewoner invloed hebben op het wel of niet zetten van stappen, werden 259 signalen (bij 195 bewoners) verdeeld in twee groepen: 92 signalen waarbij stappen gezet waren na het uitzenden van het signaal en 167 signalen waarbij geen stappen gezet waren na het uitzenden van het signaal. Er werd bij deze twee groepen een vergelijking gemaakt wat betreft dezelfde kenmerken die ook bij par. 6.3.1 werden genoemd. Het bleek daarbij dat de burgerlijke staat als enige factor significant correleerde met het zetten van stappen waarbij de kans hierop 22% lager was ($p=0,003$) voor gehuwden dan voor alleenstaanden. Daarnaast was er een kleine (bijna significante) daling voor de meerzorg ($p=0,07$). De kans op het zetten van stappen (s), uitgedrukt in percentage, kan men op grond van het al dan niet gehuwd zijn en de meerzorg schatten met onderstaande vergelijking:

$$s = (45 - 22 \times \text{gehuwd} - 0,1 \times \text{meerzorg}) \%$$

6.4 samenvatting

In totaal werden bij 318 bewoners in de verzorgingstehuizen 604 consulten verricht. Bij iets meer dan de helft van de consulten werd geen signaal gegeven. Bij 265 consulten (bij 195 personen) werden wel één of meer signalen gegeven; in totaal 372 signalen. De 372 signalen bleken betrekking te hebben op een aantal onderwerpen die in vier hoofdgroepen in te delen zijn: bloeddruk en gewicht, lichamelijke functie-stoornissen, psychische functie-stoornissen, geneesmiddelen en een restgroep aan medische bijzonderheden.

Per hoofdgroep werd beschreven waarover de signalen handelden. het meest aan bod kwamen onderwerpen als het geheugen (72x), bijzonderheden (66x), medicatie (57x) en staan en gaan (54x). Van elke groep signalen werd toegelicht hoe de beoordeling door huisartsen was, zowel wat betreft hun feitelijk handelen (het zetten van diagnostische of therapeutische stappen) als wat betreft hun mening betreffende het nut van het signaal. Van 345 (van de 375) signalen werd van huisartsen voldoende informatie verkregen om hier een uitspraak over te doen. Berekend voor deze 345 signalen bleken huisartsen na 29% van de signalen stappen gezet te hebben en 52% van de signalen als nuttig beoordeeld te hebben. Er bleken geen grote verschillen in beoordeling te zijn tussen de onderwerpen waarover de signalen handelden. Alleen het onderwerp geheugenstoornissen werd duidelijk anders dan het gemiddelde beoordeeld: slechts in 5% der gevallen werd een stap gezet en slechts in 36% werd het signaal nuttig gevonden. Ten slotte (par.6.3) werd nog gepoogd statistisch te berekenen in

hoeverre kenmerken van de bewoner van invloed leken te zijn op het uitgezonden worden van signalen dan wel op een positieve beoordeling van een signaal (in termen van het gezet worden van stappen of het als nuttig beoordelen). Doel hiervan was om na te gaan of een toekomstige opzet van preventief-gezondheidskundig onderzoek wel of niet beter op delen van de groep bewoners van het verzorgingstehuis zou kunnen worden gericht. Bij deze analyse kwamen geen belangrijke statistische verbanden aan het licht.

7. Resultaten: meningen van betrokkenen

In dit hoofdstuk wordt alleen ingegaan op de mening van twee categoriën betrokkenen: bewoners en huisartsen. De meningen van personeelsleden van de verzorgingstehuizen werden niet systematisch verzameld. Enerzijds betrof het bij hen zeer kleine aantallen, anderzijds gaven zij aan niet veel inzicht in de effecten van consultatie te hebben omdat dit zich afspeelde in de vertrouwelijke sfeer tussen patiënt en huisarts, resp. onderzoeker.

7.1 meningen van bewoners

Al diegenen die in het laatste jaar deelnamen aan consultatie en die begin van het jaar daarop nog in het verzorgingstehuis woonden, ontvingen een enquête-formulier waarin zij hun mening konden geven. In bijlage 4 vindt men een exemplaar van deze vragenlijst. Tabel 20 toont dat de respons hoog was. Indien men geen rekening houdt met diegenen die overleden waren en diegenen die verhinderd waren (drie mensen waarvan een familielid en acht mensen waarvan de verzorging aangaf dat de bewoner wegens ziekte niet in staat was de lijst in te vullen) hebben 158 mensen wel en 8 mensen geen lijst ingevuld. Niet alle vragen werden overigens door alle 158 mensen ingevuld. In de tabellen vanaf nummer 21 is steeds het aantal invullers vermeld.

Tabel 20. Aantal bewoners dat werd benaderd met een na-enquête en hun reactie daarop

	K'oord (n=24)	N'D'weide (n=55)	S'weide (n=105)	Totaal (n=184)
ontvangen	22	49	87	158
verhinderd	1	4	6	11
overleden	-	1	6	7
niet ontv.	1	-	3	4
weigering	-	1	3	4

De eerste drie vragen handelden over het nut dat bewoners aan consultatie toekenden: nut in het algemeen (vraag 1), nut vooral voor anderen (vraag 2), nut vooral voor de respondent zelf (vraag 3). Zie tabel 21.

Vervolgens werd gevraagd hoe men het gesprek ervaren had: als een vorm van extra aandacht of als gericht vraaggesprek ("case-finding"). Zie tabel 22.

Drie vragen handelden over de huisarts. Ten eerste werd gevraagd of men het aantal keren dat de huisarts de bejaarde bezoekt als voldoende ervaart; 68% van de ouderen ervaart dit als voldoende. Op de vraag of men bij klachten gewacht heeft op de onderzoeker, antwoordde 28% dat men dat zou doen en niet gewoon de eigen huisarts zou waarschuwen. Hieruit blijkt dat veel bewoners ertoe neigden hun klachten op te zouten als zij de onderzoeker verwachtten; en dus hiermee tijdsverlies bij het adequaat inspelen op

hun klachten creëerden. Van de 41 respondenten die dit aangaven, meenden 22 "altijd" op de onderzoeker te willen wachten. Ten slotte de vraag of men invloed heeft gemerkt van consultatie op de huisarts: 10% zei invloed bemerkt te hebben; dit antwoord werd bijna nooit toegelicht.

Tabel 21. Beoordeling van het nut van consultatie door bewoners van verzorgingstehuizen, in procenten

	nuttig	twijfel	onnuttig
nut i.h.a. (n=151)	88%	5%	7%
nut voor anderen (n=151)	77%	21%	2%
nut voor bewoner zelf (n=149)	80%	7%	13%

Tabel 22. Wijze waarop de bewoner consultatie heeft ervaren, in procenten

	meest	twijfel	minst
"aandacht" (n=152)	86%	9%	5%
"gericht" (n=151)	79%	14%	7%

De slotvraag in de enquête was vergelijkbaar met de slotvraag in de enquête voor de huisartsen: zou men opnieuw deelnemen aan consultatie? Zie hiervoor par. 7.3.

7.2 meningen van huisartsen

Aan de 55 huisartsen die in het laatste onderzoeksjaar één of meer brieven betreffende consultatie hadden ontvangen, werd eveneens een enquête-formulier toegezonden (zie bijlage 5). Er werd volledige anonimiteit toegezegd wat betreft de verwerking van de formulieren. 43 formulieren werden ingevuld terug-ontvangen (respons: 78%).

Bij de eerste vier vragen werden de huisartsen verzocht hun mening te geven over het uitgangspunt van dit onderzoek, te weten dat ouderen in verzorgingstehuizen wegens het zogenaamde ijsberg-effect een risico-groep vormen. Voor de huisartsen blijkt wat betreft het nut van preventief-gezondheidskundig onderzoek bij ouderen geen groot verschil te bestaan

tussen de drie genoemde categoriën: ouderen i.h.a. boven de 65 jaar, ouderen i.h.a. boven de 75 jaar of ouderen boven de 75 jaar wonend in verzorgingstehuizen.

Tabel 23. Mening huisartsen over nut preventieve activiteiten voor ouderen (n=43), in procenten

	nuttig	twijfel	onnuttig
ouderen > 65jr	26%	39%	35%
ouderen > 75jr	28%	49%	23%
ouderen > 75jr in verz.teh.	28%	42%	30%

De antwoorden op de vijfde, zesde en zevende vraag zijn in overeenstemming met het bovenstaande. Van de 43 huisartsen geven 72% aan weinig of zeer weinig aandacht aan preventief gezondheidskundig onderzoek bij deze doelgroep te geven. Zowel via de ouderen zelf (vraag 6) als via verzorgenden of familie (vraag 7) meent men al voldoende op de hoogte te worden gebracht van relevante signalen betreffende de gezondheid van ouderen in de verzorgingstehuizen.

Tabel 24. Mening van huisartsen betreffende het geïnformeerd worden door ouderen, resp. verzorgenden of familie over de gezondheid van ouderen in verzorgingstehuizen (n=43), in procenten

	voldoende	twijfel	onvoldoende
info via ouderen	70%	19%	12%
info via verz./fam.	84%	9%	7%

Bij de beantwoording van de volgende vragen -die over preventief gezondheidskundig onderzoek handelen- is het van belang er rekening mee te houden dat de meeste respondenten ernstig twijfelen aan het nut ervan. Vraag 8 handelt over het deskundigheidsniveau dat men gewenst acht indien tot de uitvoering van preventief gezondheidskundig onderzoek wordt overgegaan. Men ziet in tabel 25 dat een aantal huisartsen deze vraag niet volledig heeft beantwoord zodat de totalen niet op 43 uitkomen. De huisartsen achten de eigen huisarts de meest geschikte persoon om het onderzoek uit te voeren; geriater of verpleeghuisarts komen op de tweede plaats; een andere arts of een verzorgende/verpleegkundige worden het minst geschikt bevonden.

Tabel 25. Mening van huisartsen over de vraag wie zij geschikt achten preventief gezondheidskundig onderzoek bij ouderen uit te voeren, in procenten

	geschikt	twijfel	ongeschikt
eigen huisarts (n=39)	85%	10%	5%
verzorgende in vz.teh. (n=37)	40%	24%	35%
wijkverpleegk. (n=37)	27%	19%	54%
arts i.h.a. (n=37)	40%	19%	40%
coll.huisarts (n=38)	39%	10%	50%
verpl.h.arts (n=39)	67%	8%	26%
geriater (n=38)	60%	8%	32%

De negende vraag had betrekking op de beoordeling van de informatie die men via consultatie had ontvangen. zie tabel 26.

In vraag 10 konden de huisartsen aangeven of zij informatie hadden gemist bij de consultatie. Slechts één van de 43 huisartsen gaf aan iets gemist te hebben: "m.n. informatie die bij de huisarts al bekend was en/of behandeld werd". Gezien de opzet van het onderzoek -waarbij de huisarts niet gevraagd werd om zijn informatie aan te bieden- kon aan deze behoefte niet worden voldaan.

In de vragen 11 en 12 wordt ingegaan op mogelijke negatieve effecten van consultatie. Met name is gevraagd naar de mate waarin de huisartsen zich onder druk gezet voelden om suggesties of adviezen over te nemen. 32 huisartsen voelden zich helemaal of bijna niet onder druk gezet; twee twijfelden; negen voelden zich soms wel of vaak wel onder druk gezet. Bij de vraag of men negatieve effecten had bemerkt bij de patiënt werden een aantal mogelijke voorbeelden daarvan gegeven: verwarring doordat het bezoek vragen heeft opgeroepen die onzekerheid gaven of vertrouwenscrisis tussen huisarts en patiënt door tussenkomst van een andere arts. Van de 43 huisartsen gaven er 39 aan geen negatieve effecten bemerkt te hebben. Vier gaven wel voorbeelden van negatieve effecten: "een patiënt met cataract ging onder druk van alle informatie over tot operatie om te concluderen dat de visus hetzelfde was gebleven t.g.v. macula-degeneratie"; "symptomen/kwesties die al besproken en behandeld

waren, werden weer opgerakeld, bijv. opnieuw onderhandelen over loopwagentje terwijl mevrouw steeds gezegd heeft dat zij niet meer van de kamer af wil of iets nieuws wil proberen"; "waar bemoeit die dokter zich mee; ongevraagde adviezen"; "patiënt was kort daarvoor in ziekenhuis en verpleeghuis helemaal "door de molen" gehaald, zag daardoor het nuttig effect van het onderzoek niet".

Tabel 26. Mening over de mate waarin huisartsen het gebodene informatief achten (n=43), in procenten

	wel info	twijfel	geen info
beoord. gewicht/bloeddruk	31%	7%	62%
sign. gewicht/bloeddruk	33%	12%	56%
beoord. lich. funct.	56%	14%	30%
sign. lich. funct.	49%	14%	37%
beoord. psych. funct.	51%	7%	42%
sign. psych. funct.	50%	9%	40%
beschrijving medicatie	46%	9%	44%
sign. medicatie	49%	16%	35%

7.3 een vraag aan bewoners en huisartsen

Als laatste vraag werd aan huisartsen en aan bewoners gevraagd of zij er voor zouden zijn indien de consultatie herhaald werd in enigerlei vorm vergelijkbaar met de nu experimenteel uitgevoerde consultatie. Tabel 27 toont de getallen van de bewoners en van de huisartsen.

Tabel 27. Behoeftte van bewoners en huisartsen om consultatie voort te zetten, in procenten

	zeker/wschl	twijfel	wschl/zeker niet
bewoners (n=153)	89%	3%	7%
huisartsen (n=43)	35%	21%	44%

7.4 samenvatting

Van de 228 bewoners die in het laatste onderzoeksjaar (1990) werden bezocht, bleken er begin 1991 nog 184 in hun verzorgingstehuis te wonen. Deze personen werden benaderd met een enquête. De respons was hoog. Op alle vragen gaven de bewoners aan een positieve ervaring te hebben gekregen van het onderzoek. Zij ervoeren het onderzoek als nuttig, zowel voor henzelf als voor anderen. Zij hadden het onderzoek opgevat én als vorm van persoonlijke aandacht, én als gericht vraaggesprek; mogelijk iets meer het eerste (86%) dan het laatste (79%). Ten aanzien van de eigen huisarts gaf 20% van de bewoners aan dat deze hem of haar onvoldoende bezocht. 28% van de bewoners had bij klachten niet de eigen huisarts gewaarschuwd maar liever de onderzoeker afgewacht. 89% van de bewoners wenste dat een onderzoek als het nu uitgevoerde in enigerlij vorm voortgezet zou worden.

De 55 huisartsen die in het laatste jaar een brief hadden ontvangen, werden eveneens benaderd met een enquête. De respons bedroeg 78%. Huisartsen bleken terughoudend wat betreft hun mening ten aanzien van het nut van preventieve activiteiten bij ouderen in het algemeen en bij 75-+ers in het verzorgingstehuis in het bijzonder. Hierbij past ook dat zij van mening waren onder de huidige omstandigheden reeds voldoende informatie te krijgen via de oudere zelf dan wel via verzorging of familie. Bij de keus ten aanzien van degene die het best preventief onderzoek zou kunnen verrichten, gaf men het meest vaak de eigen huisarts aan (85%); in frequentie hierop volgend werden verpleeghuisarts (67%) en geriater (60%) genoemd. Bij de vragen naar negatieve effecten van het onderzoek kwamen geen duidelijke punten naar voren: ruim drie kwart van de huisartsen voelde zich niet onder druk gezet door de gegeven signalen; 90% van de huisartsen had geen negatieve effecten bij de bewoners bemerkt; slechts één huisarts had informatie gemist. Al met al gaf 35% van de huisartsen aan te wensen dat een onderzoek als het nu uitgevoerde in enigerlei vorm voortgezet zou worden.

D. BESCHOUWING EN CONCLUSIES

8. Beschouwing

Uitgaande van ervaringen en hetgeen in de literatuur (deel A) kon worden gevonden betreffende de groep ouderen in verzorgingstehuizen werd het onderzoek verricht waarvan in deel C de resultaten werden gepresenteerd. Onderstaand wordt commentaar gegeven op deze resultaten.

8.1 de populatie

De ouderen in de drie betrokken verzorgingstehuizen bleken in demografisch opzicht te voldoen aan hetgeen van een populatie in een verzorgingstehuis verwacht mocht worden. De gemiddelde leeftijd bedroeg 84 jaar. In Groningen bedroeg die bij 310 bewoners van verzorgingstehuizen 83,7 jaar⁶⁰; in het Gooi bij 673 bewoners 83,5 jaar³⁹. Meest recente landelijke gegevens (uit 1988) geven aantallen bejaarden op per leeftijdsklasse³⁰⁰. Indien men deze gegevens vergelijkt met de cijfers uit figuur 6, ziet men dat de populatie deelnemers aan dit onderzoek iets ouder leek in verhouding tot landelijke cijfers. Zie tabel 29.

Tabel 29. Vergelijking tussen deze populatie en landelijke aantallen wat betreft percentages ouderen in verzorgingstehuizen per leeftijdsklasse

	populatie (n=318)	landelijk (1988) (n=132.200)
jonger dan 80 jaar	15%	25%
80 tot 85 jaar	32%	29%
85 tot 90 jaar	34%	28%
90 jaar en ouder	19%	17%

Het percentage mannen was laag: 23%. In Groningen en het Gooi was dit resp. 26% en 22,3%. Landelijk bedraagt het aantal mannen 24%³⁰⁰. Het aantal gehuwden was laag: 21%; in het Gooi 18,3%. Opvallend is dat de duur dat men in het bejaardenhuis woont wel lijkt af te wijken ten opzichte van de bekende cijfers (uit het Gooi). Daar bedroeg de gemiddelde verblijfsduur 6,2 jaar. In de bejaardenhuizen "Schalkweide" en "Kennemeroord" was dit resp. 4,51 en 3,27 jaar. In "Nieuw-Delftweide" (dat in 1985 werd geopend) was dit slechts 2,75 jaar. Dit verschil lijkt te zijn veroorzaakt doordat men in het Gooi bij alle bewoners de verblijfsduur heeft bepaald terwijl in dit onderzoek dit alleen is gebeurd bij deelnemers aan consultatie. Gedurende de gehele onderzoeksperiode leek het makkelijker om personen die nog maar kort in het huis woonden te motiveren dan personen die er al langer woonden (volgens mondelinge mededelingen leden bewonerscommissies).

Van verhoogde bloeddruk bleek bij 27 bewoners sprake: 8,5%. In Groningen vonden huisartsen bij 6,8% van 310 ouderen in verzorgingstehuizen hypertensie⁶⁰. In tegenstelling tot wat de literatuur aangeeft, werd geen verband tussen hypertensie en leeftijd gevonden.

De bevindingen bij het lichamelijk functioneren laten zich niet zo makkelijk vergelijken met gegevens uit andere onderzoeken omdat duidelijke criteria ontbreken. In tabel 30 worden vergelijkingen gemaakt tussen het reeds eerder genoemde Leidse 85+-onderzoek en de gegevens die in dit onderzoek in tabel 7 werden gegeven. Men dient te bedenken dat de populatie van beide onderzoeken op twee punten van elkaar verschilt: enerzijds waren de Leidse ouderen gemiddeld ouder omdat zij allen boven de 85 jaar zijn; anderzijds bevinden zich in de Leidse populatie meer invalide mensen die in een verpleeghuis wonen maar ook meer valide mensen die thuis wonen.

Tabel 30. Vergelijking van de gevonden functiestoornissen met literatuurgegevens uit de Leidse 85+-studie¹¹⁹

	Leidse 85+-onderzoek (n=977)	Haarlem (tabel 7) (n=318)
zien	75% in staat krant te lezen	74% in staat tot lezen van telefoonboek en 8% in staat tot grote letters
horen	56% geen subjectieve hinder van slechthorendheid	88% in staat redelijk fluisterspraak te horen
staan en gaan	90% geeft aan niet te vallen	95% is in staat om zich minstens onbepaald op het eigen appartement te kunnen bewegen
continentie	75% geen last van incontinentie	89% continent of in staat om lichte incontinentie zelf op te vangen

Wat betreft het psychische functioneren werden bij 11% van de ouderen geheugenstoornissen gevonden. Bij deze 34 ouderen werd in 15 gevallen gesproken van lichte en in 19 gevallen van zware geheugenstoornissen. Voorzover tijdens een éénmalig contact valt na te gaan, leek er bij deze laatste groep met grote waarschijnlijkheid sprake van een dementiesyndroom. Dit was dus het geval bij 6% van de populatie. Dit percentage kan worden vergeleken met de literatuur waarin -bij onderzoek in de open populatie- tussen 5 en 10% van personen boven 65 jaar dement zou zijn³⁰¹; het lijkt er dan op dat het percentage zes laag is omdat de leeftijd van de populatie in dit onderzoek hoger is dan bij de genoemde open populaties. In de Leidse studie werd -bij 85+-ers- zelfs een percentage van 23% gevonden³⁰². In acht Nederlandse en Engelse huisartsregistratieprojecten werden lagere prevalenties gevonden dan bij open studies, namelijk tussen 2 en 4%³⁰¹.

Ongeveer een kwart van de bewoners heeft het beheer over de eigen geneesmiddelen niet meer zelf: 26,7%. Het enige getal dat hiermee vergeleken kon worden, werd gevonden bij een onderzoek bij elf Groningse verzorgingstehuizen; hierbij zou "ruim 40%" niet meer zelf beheren⁵⁴.

Wat betreft het aantal gebruikte geneesmiddelen bleken de 318 bewoners gemiddeld 3,72 medicamenten te gebruiken hetgeen overeen lijkt te komen met uitkomsten van andere onderzoeken. In het eerder geciteerde Groningse onderzoek waren dit 3,0 middelen voor 310 bewoners van verzorgingstehuizen en slechts 2,1 voor thuiswonende ouderen⁶⁰. In Limburg constateerde men in twee onderzoeken in 1980 (bij 1500 personen) en 1983 (bij 1250 personen) een gemiddeld gebruik van resp. 3,6 en 3,8 middelen per bewoner⁶². In een ander Gronings onderzoek bleken bewoners van verzorgingstehuizen gemiddeld 3,2 geneesmiddelen te gebruiken tegen 2,5 middelen door de populatie ouderen inclusief de thuiswonenden²⁵⁵. In een derde Gronings onderzoek zijn die getallen resp. 3,0 voor de bewoners en 1,7 voor de gehele groep²⁶⁰.

Tabel 31 toont overeenkomsten en verschillen wat betreft de soorten geneesmiddelen met het Limburgse²⁶² en één van de Groningse onderzoeken²⁶⁰.

Tabel 31. Vergelijking van onderzoeksgegevens met literatuur inzake gebruik van enkele groepen geneesmiddelen.

	Groningen (n=310)	Limburg (n=1250)	Haarlem (n=318)
diuretica	M=22% V=45%	55%	53%
sedativa	M=10% V=30%	35%	39%
pijnstillers	M=6% V=7%	29%	24%
laxantia	M=6% V=7%	16%	19%
neuroleptica	--	6%	3%

In de tabel zijn de meest gebruikte middelen opgenomen. Men ziet dat in Groningen een beperkter voorschrijfpatroon lijkt te bestaan dan in de twee andere onderzoeken. Wat betreft de pijnstillers vermeldt de Groningse tabel alleen de N.S.A.I.D.'s; hierdoor wordt het kleinere percentage voor deze groep verklaard. Aparte aandacht werd gegeven aan de neuroleptica omdat men erover kan twijfelen in hoeverre het voorschrijven van deze middelen bij het geringere toezicht (zoals in een verzorgingstehuis) verantwoord is. E.e.a. natuurlijk mede onder invloed van de dosering. Neuroleptica werden in het Groningse onderzoek niet apart vermeld.

Ten slotte nog een opmerking over het zoeken naar verschillen tussen de deelnemers aan dit onderzoek en diegenen die medewerking weigerden (par.5.1.3). Er kon geen statistisch significant verschil tussen deze twee groepen worden gevonden behoudens het iets hogere

percentage deelnemers in verzorgingstehuis "Schalkweide". Dit lijkt te verklaren uit het feit dat hier door leden van de bewonerscommissie het meest enthousiast deelnemers werden "geronseld". Wat betreft de kenmerken leeftijd en meerzorg, waren weigeraars jonger en hadden een geringere meerzorg. Ook in de Leidse 85+-studie meent men dat weigeraars een "gezonde" groep zijn: hun mortaliteit bleek lager dan die van deelnemers¹¹⁹.

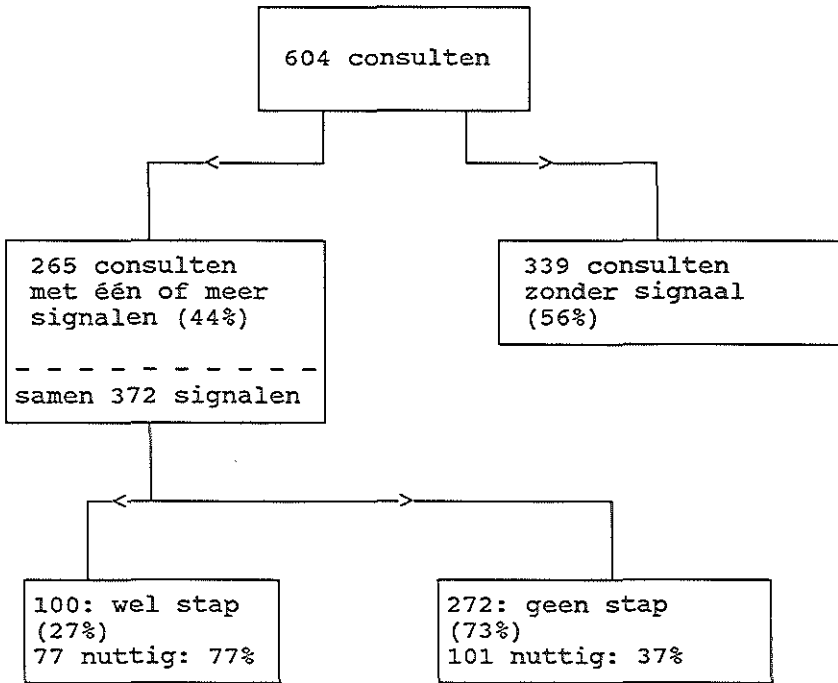
8.2 de uitgezonden signalen

In hoofdstuk 6 is een overzicht gegeven van de gevonden signalen. Daarbij is beschreven hoe deze signalen beoordeeld werden door huisartsen. Bij de opzet van het onderzoek (zie hoofdstuk 4) werd reeds gewezen op de aanvechtbaarheid van deze methode. Juist omdat het zo moeilijk is een onomstreden beoordelingsinstrument te vinden, hebben sommige andere auteurs, die rapporteren over experimenteel toegepaste case-finding bij ouderen, zich beperkt tot de beschrijving van de vastgestelde bijzonderheden³⁰³⁺³⁰⁴. Stilzwijgend wordt in deze artikelen aangenomen dat het vastgestelde van belang is. Bij het hier gekozen instrument zou men kunnen aannemen dat sommige huisartsen mogelijk te positief of te kritisch oordelen over het signaal. Gezien de manier waarop huisartsen in de enquête hun mening gaven over preventie ten behoeve van ouderen in het algemeen en voor verzorgingstehuisbewoners in het bijzonder (par.7.2), kan worden aangenomen dat huisartsen zich meer kritisch hebben opgesteld.

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van de literatuur over het nut van preventie bij ouderen. In ons taalgebied is daar enige tijd geleden door Frederiks³⁰⁵ en recent (maar dan niet uitsluitend op ouderen toegespitst) door Schaapveld⁷⁹ aandacht aan geschonken. In de Engelse literatuur verwijst men ook in recente publicaties over geriatrische screening en case-finding³⁰⁶ naar de publicatie van Lowther uit 1970⁹⁹. Hierin wordt grofweg gezegd dat na het screenen van twaalf ouderen hulp geboden kan worden aan drie van hen terwijl vier geen hulp nodig hebben en vijf niet te helpen zijn. Andere Engelse auteurs wijzen sterk op het subjectieve nut van case-finding: de aandacht die de ouderen krijgen bij het onderzoek, geeft hen het gevoel dat hun problemen gerespecteerd worden, ook al kunnen ze niet verholpen worden¹⁰²⁺¹⁰⁷.

In dit onderzoek werd uiteindelijk (figuur 14, tabel 10 en 11) na 265 van de 604 consulten een signaal gegeven: dus bij bijna de helft van de ouderen. Na deze 372 signalen werd in 100 gevallen door de huisarts een stap gezet die in 77 gevallen nuttig werd gevonden; echter, 101 signalen werden door de huisartsen eveneens als nuttig geclassificeerd, ook al werd hierna geen concrete maatregel genomen. Met andere woorden: het "succes"-percentage (gemeten aan het oordeel van de huisartsen) lijkt lager dan het percentage van ongeveer 25% dat Lowther verwachtte; immers 77 van de 604 is slechts 13%. In hoeverre huisartsen nog stappen als nuttig hadden beoordeeld indien zij die wél hadden gezet na de 272 signalen, waarna zij dat nu niet hebben gedaan, laat zich achteraf niet beoordelen. In het onderzoek van Lowther kwam men immers tot de genoemde berekening door na te gaan in hoeverre bij uitvoering van alle door case-finding verkregen adviezen na een follow-up van twaalf maanden verbetering leek te zijn bereikt.

Figuur 14. Stroomdiagram met gegevens over de 604 consulten



8.3 kan screening en case-finding worden beperkt?

In de literatuur wordt op een aantal plaatsen gesuggereerd hoe de populatie ouderen die voor screening en case-finding in aanmerking komt, beperkt zou kunnen worden¹⁰⁴⁺¹⁰⁷. Om na te gaan hoe deze beperking gemaakt had kunnen worden binnen de hier onderzochte groep bewoners van verzorgingstehuizen werd in de statistische analyse (par.6.3) nagegaan of bij bepaalde bewoners eerder nuttige signalen gevonden werden. Enerzijds zou men zich kunnen voorstellen dat bij bepaalde sub-groepen (zeer-ouders, personen met een hoge zorggraad, alleenstaanden) vaker zinvolle signalen konden worden gegeven; anderzijds leek het ook denkbaar dat de bewoners in het verzorgingstehuis, zoals dit zich nu heeft ontwikkeld (zie par.1.3), als groep reeds dusdanig "at risk" zijn dat er geen sub-groepen bestaan die nog extra "at risk" zijn. Gezien de analyse leek het laatste het geval; immers, er waren vrijwel geen statistische verbanden te leggen. Misschien is het zo dat bij ouderen die in een "extra" wankel toestand zijn, signalen door huisartsen sneller als weinig nuttig worden gezien omdat de huisarts de algemene toestand van zo'n bejaarde als vrij somber ziet; dit leek waarschijnlijk gezien het gevonden statistische verband tussen het niet zetten van stappen en de hoogte van de meerzorg-score (par. 6.3.2).

Een tweede mogelijkheid tot beperking zou kunnen zijn de inkorting van het onderzoek op zich. In de statistische analyse werd nagegaan in hoeverre sommige signalen vaker werden gevolgd door stappen dan wel nuttig beoordeeld werden. Met uitzondering van de signalen over psychogeriatrische problemen werden hier geen verschillen gevonden. Dat juist deze signalen niet tot het nemen van maatregelen hebben geleid, zou ook gezien kunnen worden als teken van het feit dat huisartsen bij psychogeriatrische problemen relatief meer afhoudend zijn. Met andere woorden: het niet zetten van stappen op dit punt pleit er niet "vanzelf" voor de aandacht voor psychogeriatricie uit de case-finding te laten vervallen.

Een derde mogelijkheid tot beperking zou kunnen worden gevonden in een beperking van de frequentie van het onderzoek. Als het zo zou zijn dat bij ouderen die meerdere keren deel hebben genomen steeds dezelfde dingen werden gevonden, zou men voor vermindering van de frequentie kunnen pleiten. Het bleek echter dat er juist wel grote verschillen waren aangaande de uitgezonden signalen bij opeenvolgende bezoeken (par 5.1.11, tabel 6). Verder is het zo dat ook schijnbaar hetzelfde signaal in opeenvolgende jaren een andere inhoud kan hebben. Een voorbeeld: het signaal "slechthorendheid" kan het eerste jaar bedoeld zijn om de huisarts attent te maken op een verminderd gehoor van zijn patiënt terwijl het tweede jaar de bedoeling is erop te wijzen dat de patiënt niet goed met het gehoorapparaat omgaat.

Ten slotte zou men zich nog kunnen voorstellen om de frequentie te wijzigen in die zin dat bij toerbeurt door de huisarts en de verpleeghuisarts het onderzoek wordt gedaan. Men kan zich ook een schema voorstellen waarin huisarts, hoofd verzorging van het bejaardenverzorgingstehuis en verpleeghuisarts bij toerbeurt het onderzoek uitvoeren. Dergelijke schema's hebben mogelijk niet alleen het voordeel dat economischer met ieders tijd wordt omgegaan maar ook het voordeel dat samenwerking tussen deze personen wordt bevorderd.

8.4 hoe zou screening en case-finding moeten worden uitgevoerd?

Het oordeel van ouderen over consultatie bleek -bij een enquête- zeer positief. De antwoorden waren zo positief dat het niet mogelijk was onderscheid te maken tussen de verschillende redenen waarom men positief zou kunnen oordelen (vooral voor zichzelf of vooral voor anderen; vooral dank zij aandacht of vooral dank zij het gevoel gericht gehoord te zijn). Het positieve oordeel van de Haarlemse ouderen ligt in lijn met wat de Nederlandse federatie voor bejaardenbeleid hierover in 1986 als landelijk standpunt formuleerde³⁰⁷.

Het standpunt van huisartsen inzake de hier uitgevoerde screening en case-finding leek veel minder duidelijk en zeker minder positief (par.7.2). Huisartsen twijfelden aan het nut van extra opsporing van medische afwijkingen bij ouderen. Zij meenden onder de huidige omstandigheden reeds voldoende geïnformeerd te worden over hun patiënten. Deze standpunten leken in tegenspraak met de literatuur en de eigen ervaring.

Samenvattend lijkt wat betreft de benadering van bewoners de aanpak die in dit project gekozen werd te voldoen. Zie daartoe de overwegingen in hoofdstuk 4. Wat betreft de benadering van huisartsen zou bij het opzetten van een nieuw project eerst het volgende

bekend moeten zijn: volgen huisartsen zelf reeds zodanig frequent en volledig (via opportunistische case-finding) hun patiënten dat een case-finding door een andere arts geen meerwaarde zou toevoegen? Zo niet, staan zij er open voor om aan de via case-finding verkregen signalen in principe gehoor te geven? De indruk bestond dat veel van de Haarlemse huisartsen weliswaar frequent hun patiënten zagen maar dat zij niet een volledige vorm van opportunistische case-finding uitvoerden. Hiernaar is overigens geen onderzoek gedaan.

8.5 case-finding en de rol van de medisch adviseur in het verzorgingstehuis

Met een aantal reeds eerder aangegeven aandachtspunten wordt de medisch adviseur bij de uitoefening van zijn taak in het bijzonder geconfronteerd. Ouderen in verzorgingstehuizen zijn een meer geïnvalideerde groep dan thuiswonende ouderen⁶⁰. Het beleid van verzorgingstehuizen is er de laatste jaren op gericht deze bewoners langer te blijven verzorgen en minder snel een beroep te doen op het verpleeghuis³⁰⁸. Overplaatsingen van bejaarden kunnen negatieve gevolgen hebben⁴¹. Echter het volhouden van zorg op een plaats die daar niet voor geschikt is, kan dat ook! De veelgehoorde kreet "oude bomen moet je niet verplanten" komt hier tegenover het ervaringsfeit "oude planten moet je soms hoognodig verpotten" te staan. Van de medisch adviseur kan verwacht worden dat hij het verzorgingstehuis helpt in dit dilemma een evenwichtig beleid te voeren.

De medisch adviseur kan -zich baserend op ervaring uit de verpleeghuizen- instrumenten aandragen die het mogelijk maken beter gefundeerde afwegingen te maken. Het beloop van de invaliditeit kan tot op zekere hoogte worden voorspeld, zowel bij lichamelijke aandoeningen als bij dementie²⁰⁸⁺²²². Door tijdig aan te kondigen dat een te grote toename van zorg dreigt, kan de medisch adviseur onverantwoorde zorg helpen voorkomen. Gevolgen van het uitvoeren van onverantwoorde zorg als bijvoorbeeld het overmatig geven van neuroleptica of beschermende maatregelen kunnen mogelijk hierdoor worden voorkomen⁴⁵. Het is opmerkelijk dat bijna het enige statistisch belangrijke verband tussen variabelen inzake de bewoner en de beoordeling van huisartsen bij signalen verband hield met de meerzorg: bij veel meerzorg ervoeren de huisartsen het signaal vaker als onnuttig en zetten zij minder stappen. Dank zij de achtergrond die de medisch adviseur in het verpleeghuis heeft opgebouwd, lijkt hij in die situatie -die juist ook voor de verzorgingstehuizen van belang is!- juist nog wel maatregelen te kunnen aanbevelen.

Indien van de medisch adviseur wordt gevraagd een rol te spelen bij de bepaling van de zorgmogelijkheden voor het verzorgingstehuis, dan dient hij zich voldoende te kunnen informeren over de populatie in het verzorgingstehuis. Uit eigen ervaring kan ik zeggen dat het uitvoeren van een beperkt functioneel onderzoek (zie bijlage 1), zoals in dit project gedaan, hiertoe een uitstekend middel biedt. Er zijn echter ook andere invalshoeken waarlangs medische deskundigheid naar het verzorgingstehuis kan vloeien en kan bijdragen aan een gefundeerd beleid als hierboven aangegeven. Reeds genoemd werd het Groningse experiment waarbij waarneemgroepen van huisartsen zich koppelden aan verzorgingstehuizen⁵⁴. In Limburg werd een experiment genoemd waarbij een GAAZ en een verpleeghuis nastreefden hun deskundigheid naar de eerste lijn uit te dragen³⁰⁹. Wellicht is een combinatie van mogelijkheden denkbaar: de reeds genoemde suggestie om case-finding bij toebeurt door de verpleeghuisarts en ofwel de huisarts, ofwel het hoofd verzorging van het verzorgingstehuis te verrichten.

9. Conclusies en aanbeveling

Conclusies

In de literatuur werden enkele onderzoeken gevonden waarin aanzetten zijn gedaan tot het bevestigen of ontkennen van het nut van case-finding en/of screening onder zeer ouden of hoogbejaarden. Geen van die onderzoeken leidt echter tot een definitief oordeel omtrent dit nut¹⁰. Daar het bij deze aanpak voor het overgrote deel over case-finding gaat, zal in deze conclusies en aanbevelingen alleen hierover gesproken worden.

Verwijzend naar de vraagstelling (hst 3) kunnen thans de volgende conclusies worden genoemd:

ad 1. Het is mogelijk om bewoners van verzorgingstehuizen periodiek te onderzoeken wat betreft hun functioneren middels een aanpak waarbij literatuur en ervaringen uit de verpleeghuisgeneeskunde werden toegepast (zie bijlage 1 voor het onderzoeksschema).

ad 2. De signalen die kunnen worden gegeven door de verpleeghuisarts aan huisartsen betreffende ouderen die gebruik maken van preventief onderzoek hebben betrekking op alle aspecten die tevoren waren opgesteld. Er is vrijwel geen verband tussen bepaalde algemene kenmerken van ouderen (bijv. leeftijd, geslacht, hulpbehoevendheid en functiestoornissen) en het geven van signalen.

ad 3. De gegeven signalen van de verpleeghuisarts hebben slechts een beperkte invloed op het beleid van de huisarts. Behalve waar het psychogeriatrische onderwerpen betrof was er nauwelijks verband tussen factoren samenhangend met de oudere (leeftijd, geslacht, hulpbehoevendheid en functiestoornissen), de huisarts of het onderwerp waarop het advies betrekking heeft enerzijds en het beleid van de huisarts anderzijds.

ad 4. Door ouderen werd het onderzoek zeer gewaardeerd. De reactie van huisartsen op het onderzoek was wisselend en leek ook ingegeven door andere factoren dan de case-finding op zich (attitude jegens de noodzaak tot het bepalen van aandacht voor ouderen i.h.a.; attitude jegens de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts binnen de setting van het verzorgingstehuis).

Aanbeveling

Indien op grond van de literatuur en van bovenstaande conclusies wordt aangenomen dat er voldoende gronden zijn om case-finding ten behoeve van bewoners van verzorgingstehuizen mede door verpleeghuisartsen uit te voeren, dan zou dit op zijn doeltreffendheid moeten worden getoetst. Daartoe moet aan de volgende vijf voorwaarden worden voldaan.

1. Bewoners dienen op basis van vrijwilligheid mee te doen. Door goede voorlichting dient geleidelijk gestreefd te worden naar een zo hoog mogelijke deelname.
2. Het onderzoek dient aan te sluiten bij de beleving van "gehele gezondheid" bij ouderen en niet op enkele risico-factoren gericht te zijn.
3. Huisartsen dienen overtuigd te zijn van de meerwaarde die kan ontstaan doordat vanuit een andere invalshoek (de ervaring uit het verpleeghuis) naar hun patiënten in het verzorgingstehuis wordt gekeken. Zij dienen in principe open te staan om suggesties vanuit de gegeven signalen over te nemen.

4. Het effect van case-finding voor de individuele bewoner dient te worden gemeten aan geaccepteerde en meetbare gezondheidseffecten.
5. Om deze effecten te kunnen meten, dienen andere verzorgingstehuizen die vergelijkbaar zijn maar waar geen case-finding plaats vindt, als controle-groep gekozen te worden.

10. Samenvatting

Globale inhoud per hoofdstuk

In deel A werd de belangrijkste literatuur samengevat die betrekking heeft op ouderen (hoofdstuk 1) en preventie in verband met ouderen (hoofdstuk 2). In deel B werd de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek geformuleerd en toegelicht (hoofdstuk 3) en werd een toelichting op de methode gegeven (hoofdstuk 4). In deel C werden de resultaten beschreven betreffende de populatie (hoofdstuk 5), de signalen (hoofdstuk 6) en meningen van bewoners en huisartsen (hoofdstuk 7). In deel D werden beschouwingen op de resultaten gegeven (hoofdstuk 8) en conclusies en aanbevelingen opgesteld (hoofdstuk 9).

Literatuurstudie

In de literatuur werd nagegaan in hoeverre preventief gezondheidskundig onderzoek voor ouderen in verzorgingstehuizen nuttig zou kunnen zijn. Het argument hiervoor is dat ouderen ertoe neigen hun klachten niet gemakkelijk spontaan te noemen (of dat de omgeving ertoe neigt klachten bij ouderen minder gewicht toe te kennen). Men noemt dit wel het "ijsbergfenomeen". Er is enige literatuur over de mate waarin bepaalde klachten meer of minder verborgen worden gehouden, zij meer of minder tot verdere handicaps leiden (bijvoorbeeld: duizeligheid door slechtziendheid) en over de mate waarin vroegere behandeling (na opsporing "onder de ijsberg") tot een beter behandelresultaat leidt. Na de literatuurstudie kunnen twee opmerkingen gemaakt worden.

In de eerste plaats bleek dat verschillende auteurs dergelijk onderzoek verschillend benoemen; met name de begrippen "case-finding" en "screening" worden nogal eens verschillend gehanteerd. In dit boek wordt onderzoek waarbij gepoogd wordt klachten van ouderen in een eerder stadium op te sporen, "case-finding" genoemd. Indien deze opsporing gebeurt door de huisarts die reeds om een andere reden contact heeft met de patiënt, wordt dit "opportunistische case-finding" genoemd.

In de tweede plaats bleken er verschillen tussen de doelgroepen van verschillende onderzoekers. Sommigen richten zich op alle personen ouder dan 65 jaar; anderen richten zich alleen op de hoogbejaarden of meer geïnvalideerde ouderen, zoals die ook in verzorgingstehuizen wonen.

Doelstelling

Gezien de literatuur werd gehoopt dat het mogelijk zou zijn het nut aan te tonen van case-finding gericht op ouderen in verzorgingstehuizen. Gezien de beperkte mogelijkheden van de onderzoeker leek het niet zinvol het effect van de case-finding af te meten aan het wel of niet bereiken van gezondheidseffecten; daarom werd het onderzoek beperkt tot een beschrijving van hetgeen gevonden zou kunnen worden door de onderzoeker en een evaluatie door huisartsen per verricht onderzoek.

Vraagstelling

1. Is het mogelijk om bewoners van verzorgingstehuizen periodiek te onderzoeken wat betreft hun functioneren?
2. Welke signalen kunnen worden gegeven door de verpleeghuisarts aan huisartsen betreffende ouderen die gebruik maken van preventief onderzoek? Is er verband tussen bepaalde algemene kenmerken van ouderen (bijv. leeftijd, geslacht, hulpbehoefvendheid en

functiestoornissen) en het geven van signalen?

3. In hoeverre hebben de gegeven signalen van de verpleeghuisarts invloed op het beleid van de huisarts? Wordt niet-opvolgen beïnvloed door oorzaken samenhangend met de oudere (leeftijd, geslacht, hulpbehoefendheid en functiestoornissen), de huisarts, het onderwerp waarop het signaal betrekking heeft?

4. Hoe beoordelen betrokkenen (ouderen, huisartsen, verzorgingstehuispersoneel) de positieve en negatieve effecten van een dergelijk preventief onderzoek?

Methode

-Het onderzoek vond plaats in drie verzorgingstehuizen in Haarlem, resp. Heemstede die samen plaats bieden aan 410 bewoners. Deelname was vrijwillig maar werd via bewonerscommissies gestimuleerd.

-Ter beoordeling van de ouderen werd een onderzoeksschema vastgesteld (bijlage 1). Na elk verricht onderzoek werd een brief aan de huisarts geschreven.

-Drie maanden na het versturen van de brief werd de huisarts een evaluatieformulier toegezonden (bijlagen 2 en 3) waarin de huisarts gevraagd werd aan te geven of de signalen hadden geleid tot het zetten van diagnostische of therapeutische stappen en in hoeverre hij de informatie nuttig vond.

-Na afronding van de onderzoeksfase werd een enquête opgesteld voor bewoners resp. huisartsen (bijlagen 4 en 5) waarmee hun beoordeling van het onderzoek kon worden verkregen.

Resultaten

-respons. In totaal werden bij 318 bewoners 604 consulten verricht. De deelname vond aanvankelijk geheel vrijwillig plaats. Later werd toenemend geprobeerd alle bewoners te bereiken. Personen die éénmaal hadden deelgenomen, bleken vrijwel altijd bereid het volgende jaar de onderzoeker opnieuw te ontvangen. In het derde en laatste jaar werd een poging gedaan de niet-deelname te inventariseren. Er waren in dat jaar 70 niet-deelnemers en 228 personen die wel deelnamen. Deze 70 niet-deelnemers verschilden niet van de deelnemers wat betreft leeftijd, geslacht en meerzorgbehoefte.

-algemene kenmerken van bewoners. Qua leeftijd, geslacht en burgerlijke staat komt de populatie overeen met hetgeen ook elders in verzorgingstehuizen werd gevonden. Vastgelegd werd hoe lang bewoners reeds in het huis woonden en hoe hoog hun meerzorg-score was. Bewoners bleken in deze huizen veel verschillende huisartsen te hebben. Ten slotte werd vastgelegd in hoeverre het consult een eerste contact was dan wel een herhalingsconsult.

-functionele kenmerken van bewoners. Bij bijna alle deelnemers werd de bloeddruk tijdens zitten gemeten en het gewicht bepaald. Volgens een eigen scorings-systeem werd vastgesteld in hoeverre er sprake was van handicaps bij de bezochte ouderen. Gelet werd op: het gezichtsvermogen, het gehoor, staan en gaan, continentie voor urine en psychische functie. Het bleek dat volgens dit systeem 55% van de ouderen geen enkele handicap had. Er was een sterk verband tussen sommige van deze handicaps en de hoeveelheid meerzorg die de bewoner nodig had. Wat geneesmiddelen betreft werd geregistreerd door wie het beheer hierover werd gevoerd, hoeveel middelen gebruikt werden en welke soorten.

-Signalen. Van "signalen" werd gesproken als bij de bewoner een handicap of een medisch probleem werd gevonden waarvan door de onderzoeker vermoed werd dat dit nog niet bij de huisarts bekend zou zijn. Bij 265 consulten (bij 195 personen) werden één of meer signalen gegeven; in totaal 372 signalen. Men kan deze signalen in vier hoofd-

groepen indelen: bloeddruk en gewicht, lichamelijke functie-stoornissen, psychische functie-stoornissen, geneesmiddelen en medische bijzonderheden.

Per hoofdgroep werd beschreven waarover de signalen handelden. Het meest aan bod kwamen onderwerpen als het geheugen (72x), bijzonderheden (66x), medicatie (57x) en staan en gaan (54x). Van elke groep signalen werd toegelicht hoe de beoordeling door huisartsen was, zowel wat betreft hun feitelijk handelen (het zetten van diagnostische of therapeutische stappen) als wat betreft hun mening betreffende het nut van het signaal. Van 345 (van de 372) signalen werd van huisartsen voldoende informatie verkregen om hier een uitspraak over te doen. Berekend voor alle 345 signalen bleken huisartsen na 29% van de signalen stappen gezet te hebben en 52% van de signalen als nuttig beoordeeld te hebben. Er bleken geen grote verschillen in beoordeling te zijn tussen de onderwerpen waarover de signalen handelden. Alleen het onderwerp geheugenstoornissen werd duidelijk anders dan het gemiddelde beoordeeld: slechts in 5% der gevallen werd een stap gezet en slechts in 36% werd het signaal nuttig gevonden. Ten slotte (par.6.3) werd nog gepoogd statistisch te berekenen in hoeverre kenmerken van de bewoner van invloed leken te zijn op het uitgezonden worden van signalen dan wel op een positieve beoordeling van een signaal (in termen van het gezet worden van stappen of het als nuttig beoordelen). Doel hiervan was het om na te gaan of een toekomstige opzet van preventief-gezondheidskundig onderzoek wel of niet beter op deken van de groep bewoners van het verzorgingstehuis zou kunnen worden gericht. Bij deze analyse kwamen geen belangrijke statistische verbanden aan het licht.

-Meningen van bewoners. Van de 228 bewoners die in het laatste onderzoeksjaar (1990) werden bezocht, bleken er begin 1991 nog 184 in hun verzorgingstehuis te wonen. Deze personen werden benaderd met een enquête. De respons was hoog. De bewoners gaven aan een positieve ervaring te hebben gekregen van het onderzoek. 28% van de bewoners had bij klachten in de afgelopen periode niet de eigen huisarts gewaarschuwd maar de onderzoeker afgewacht. 89% van de bewoners wenste dat een onderzoek als het nu uitgevoerde in enigerlei vorm voortgezet zou worden.

-Meningen van huisartsen. De 55 huisartsen die in het laatste jaar een brief hadden ontvangen, werden eveneens benaderd met een enquête. De respons bedroeg 78%. Huisartsen bleken terughoudend wat betreft hun mening ten aanzien van het nut van preventieve activiteiten bij ouderen in het algemeen en bij 75-+ers in het verzorgingstehuis in het bijzonder. Hierbij past ook dat zij van mening waren onder de huidige omstandigheden reeds voldoende informatie te krijgen via de oudere zelf dan wel via verzorging of familie. Bij de keus ten aanzien van degene die het best preventief onderzoek zou kunnen verrichten, gaf men het meest de eigen huisarts aan (85%); in frequentie hierop volgend werden verpleeghuisarts (67%) en geriater (60%) genoemd. Bij de vragen naar negatieve effecten van het onderzoek kwamen geen duidelijke punten naar voren: ruim drie kwart van de huisartsen voelde zich niet onder druk gezet door de gegeven signalen; 90% van de huisartsen had geen negatieve effecten bij de bewoners bemerkt; slechts één huisarts had informatie gemist in het door de onderzoeker verzonden verslag. Al met al gaf slechts 35% van de huisartsen aan te wensen dat een onderzoek als het nu uitgevoerde in enigerlei vorm voortgezet zou worden.

Conclusies

Verwijzend naar de vraagstelling werden de volgende conclusies genoemd:

ad 1. Het is mogelijk om bewoners van verzorgingstehuizen periodiek te onderzoeken wat betreft hun functioneren middels een aanpak waarbij literatuur en ervaringen uit de

verpleeghuisgeneeskunde werden toegepast (zie bijlage 1 voor het onderzoeksschema).

ad 2. De signalen die kunnen worden gegeven door de verpleeghuisarts aan huisartsen betreffende ouderen die gebruik maken van preventief onderzoek hebben betrekking op alle aspecten die tevoren waren opgesteld. Er is vrijwel geen verband tussen bepaalde algemene kenmerken van ouderen (bijv. leeftijd, geslacht, hulpbehoevendheid en functiestoornissen) en het geven van signalen.

ad 3. De gegeven signalen van de verpleeghuisarts hebben slechts een beperkte invloed op het beleid van de huisarts. Behalve waar het psychogeriatrische onderwerpen betrof was er nauwelijks verband tussen factoren samenhangend met de oudere (leeftijd, geslacht, hulpbehoevendheid en functiestoornissen), de huisarts of het onderwerp waarop het advies betrekking heeft enerzijds en het beleid van de huisarts anderzijds.

ad 4. Door ouderen werd het onderzoek zeer gewaardeerd. De reactie van huisartsen op het onderzoek was minder positief en leek ook ingegeven door andere factoren dan de case-finding op zich.

11. Summary

Global content of each chapter

In part A the most relevant literature has been presented concerning the elderly (chapter 1) and concerning preventive medicine for the elderly (chapter 2). Part B contains a description of the aim and the question of the research (chapter 3) and a description of the method (chapter 4). Part C gives the results concerning the population (chapter 5), the signals (chapter 6) and the opinions of the elderly and general practitioners (chapter 7). Part D contains comments (chapter 8) and conclusions (chapter 9).

Literature

The research on the literature was undertaken to find out if a preventive medical examination could be useful for those living in Dutch homes for the elderly. The argument in favour is that elderly in general tend to complain less easily than younger persons (or that complaints by the elderly are taken less seriously by the environment). This has been called the "ice-berg-phenomenon of hidden disabilities". Literature on this subject shows that there are differences in kinds of complaints concerning their tendency to "hide", their tendency to lead to further invalidity (for example: instability caused by impaired vision) and finally differences in the possibilities of achieving a better treatment after early intervention.

After studying the literature two remarks can be made. First there seems to be some confusion in terminology. Especially the terms "case-finding" and "screening" are used differently by different authors. In this book research aimed at early detection of complaints of the elderly is called "case-finding". If this case-finding is executed by the general practitioner during a contact which is initiated for another reason by the elderly person, this is called "opportunistic case-finding". Secondly differences could be found among the kind of elderly people for whom case-finding was initiated. Some researchers have aimed at all persons older than 65 years; others have only looked at the very old or at those having special disabilities, like -for instance- those admitted to a home for the elderly.

Goal

After the study of the literature it was hoped that it would be possible to show the usefulness of case-finding aimed at elderly persons living in old people's homes in Holland. Given the limited possibilities for the researcher it did not seem useful to try to measure the effects of case-finding on the health of the elderly people. Therefore the research was restricted to a description of the relevant disabilities and an evaluation of the results of case-finding by the general practitioner.

Questions

1. Is it possible to examine regularly the functioning of residents of homes for the elderly?
2. Which signals can be given by a nursing home physician (verpleeghuisarts) to general practitioners concerning the elderly who are willing to undergo case-finding? Is there a correlation between certain characteristics of the elderly (for example: age, sex, invalidity, dysfunctions) and the giving of signals?
3. Have the signals given by the nursing home physician (verpleeghuisarts) any effect on

the management of the general practitioner? Is there a correlation between non-following of the message of the signal and characteristics of the elderly (for example: age, sex, invalidity, dysfunctions), the general practitioner or the subject of the signal?

4. What is the opinion of the elderly, the general practitioners and the staff of the home for the elderly on the case-finding?

Method

-The research took place in three homes for the elderly in Haarlem and Heemstede (province North Holland). The three homes have a total capacity of 410 residents. Cooperation was voluntary but was stimulated by the committees of residents in the three homes.

-To assess the elderly persons an examination-scheme was set up (appendix 1). After each examination a letter was sent to the general practitioner.

-Three months after the examination a questionnaire was sent to the general practitioner (appendix 2 and 3). In this questionnaire the general practitioner was asked whether he or she had made diagnostic or therapeutic steps after the signal and whether he or she thought the information of the signals was useful.

-A questionnaire was made up for residents and general practitioners (appendix 4 and 5) after finishing the assessments of the elderly people.

Results

-response. In all 604 assessments took place of 318 residents. Initially participation was voluntary. Further on the researcher attempted to reach a maximum of residents. All persons who took part in an assessment, agreed to undergo the assessment again in the following year. In the third and last year an attempt was made to investigate how many persons did not cooperate. In that year 70 persons did not undergo the assessment while 228 did. These 70 persons did not differ from participants in terms of age, sex and disabilities.

-general characteristics of residents. As regards the age, sex and the civil status the population was comparable to what could be expected in homes for the elderly. Of all residents it was recorded for how long they had been living in the home and the need for nursing (by asking the staff). Of each resident it was recorded who was his or her general practitioner; this showed that most of the general practitioners only had a few patients in a home. Of every assessment it was recorded whether this was the first contact with the researcher or if the resident had participated in a former year.

-functional characteristics of residents. Of nearly all residents blood pressure (in sitting position) was taken and body weight was measured. Using a personal method of scoring, the presence of handicaps (concerning vision, hearing, stability and mobility, continence and mental function) was assessed. Following this method of scoring 55% of the residents was not handicapped in any of these functions. There was a strong correlation between the presence of handicaps and the need for nursing (by the opinion of the staff). Concerning the drugs used by residents it was recorded how many and what kind of drugs were used and if the drugs were delivered to them by the nursing staff or obtained by themselves.

-Signals. The researcher used the term "signals" if he found a handicap or medical problem of which he supposed that it was not known to the general practitioner yet. In 265 contacts (with 195 different people) one or more signals were found; totally 372 signals. These signals can be subdivided in four main categories: blood pressure and

weight, physical handicaps, mental handicaps, drugs and medical problems. The global content of the signals was described for each of the categories. The most frequent signals had to do with memory (72 times), medical problems (66 times), drugs (57 times) and stability and mobility (54 times). For each of the categories the general practitioners commented on actual behaviour (whether he or she had made diagnostic or therapeutic steps after the signal) and also on the usefulness of the information. The general practitioners gave sufficient information about 345 (out of 372) signals so that interpretation of their questionnaire was possible. When calculated for all 345 signals the general practitioners made a diagnostic or therapeutic step after 29% of signals; they considered 52% of signals as useful. There were no major differences between the evaluation of the general practitioners and the subject of the signals. Only the subject "memory" was evaluated differently from the others: in only 5% of these cases a diagnostic or therapeutic step was made and only 36% of these signals were thought useful. Finally (par. 6.3) it was attempted to calculate statistically how far characteristics of the resident had influence on the amount of signals identified by the researcher or on the more or less positive interpretation of the signal by the general practitioner (in terms of making diagnostic or therapeutic steps and their opinion on the usefulness). The aim of this analysis was to find out if this kind of case-finding could be better be directed on certain sub-groups of residents in the future. No relevant statistical correlations could be found after this analysis.

-Opinions of the residents. Of the 228 residents who were visited during the last research-year (1990), 184 were still living in the home in the first months of 1991. These persons received a questionnaire. The response was high. The elderly people were very positive about the case-finding they took part in. In case of complaints during the period when the case-finding could be expected 28% of the residents said that they had not contacted their own general practitioner because they had waited for the case-finding of the researcher. 89% of the residents would like a research of the same kind as the case-finding to be continued.

-Opinions of the general practitioners. The 55 general practitioners who had received one or more letters in the last year of the research also received a questionnaire. The response was 78%. General practitioners seemed sceptical about the usefulness of preventive medicine among elderly people in general and also among those older than 75 years and living in a home. This attitude seems to have a connection with their opinion that under the actual circumstances they are already well informed about their patients with the help of the patients themselves or with the help of nurses or relatives. When asked who would be best equipped to do case-finding (if such would be found necessary) they mostly chose the general practitioner (85%; other possibilities given were the nursing home physician (verpleeghuisarts) (67%) or the geriatrician (60%). No clear negative effects of the case-finding were recorded by general practitioners: over 75% of the general practitioners had not felt any moral pressure after receiving a signal from the case-finding; 90% of the general practitioners had not seen any negative effect among their patients; only one general practitioner notified that he had missed information in the researcher's report. Only 35% of the general practitioners would like a research of the same kind as the case-finding to be continued.

Conclusions

Referring to the initial questions the following conclusions can be drawn:

ad 1. It is possible to examine regularly the functioning of residents of homes for the

elderly when an examination-scheme is used as described in appendix 1.

ad 2. The signals that can be given by a nursing home physician (verpleeghuisarts) to general practitioners contain nearly all aspects that were mentioned before starting the field-work. There is hardly any correlation between certain characteristics of the elderly (for example: age, sex, invalidity, dysfunctions) and the giving of signals.

ad 3. The signals given by the nursing home physician (verpleeghuisarts) have only a small effect on management by the general practitioner. Except for psychogeriatric problems there is hardly any correlation between characteristics of the elderly (for example: age, sex, invalidity, dysfunctions), the general practitioner or the subject of the signal on one hand and the management by the general practitioner after receiving the signal on the other.

ad 4. The residents appreciated the case-finding very much. The opinion of the general practitioners was less positive. There seemed to be any influence on this opinion by other factors than the case-finding itself.

12. Geraadpleegde literatuur

1. Boyd, R.V. *What is a 'social problem' in geriatrics?* In: *Health Care of the elderly*, edited by Tom Arie, Londen 1981
2. Oostvogel, F.J.G. *De toekomst van het verpleeghuis* In: J.C.M. Hattinga Verschure, *De toekomst van het ouder worden*; Agon Elsevier 1971
3. Ribbe, M.W. et al *Verpleeghuisgeneeskunde: een vak apart; ontwikkeling en specifieke kenmerken* *Med Contact* 1989;44:1243-6
4. Klaassen-van den Berg, A. *Twee scenario's over levensverlenging; enkele maatschappelijke gevolgen van een hogere levensverwachting* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1990; 21:217-21
5. Fries, J.F. *Aging, natural death and the compression of morbidity* *New Engl J Med* 1980;303,130-5
6. Illich, I *Grenzen aan de geneeskunde*, Baarn, 1978
7. Schneider, E.L. et al *Aging, natural death and the compression of morbidity: another view* *N Engl J Med* 1983;309,854-6
8. Palmore, E.B. et al *Predictors of function among the old-old: a 10-year follow-up* *Journal of Gerontology* 1985;40:244-50
9. Jagger, C. et al *Mental and physical health of elderly people: Five-year follow-up of a total population* *Age Ageing* 1989;18:77-82
10. Robine et al, J.M. *Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI); des indicateurs globaux de l'état de santé des populations* *Rev Epidem et Santé Publ* 1987;35: 206-24
11. *SIVIS-jaarboek 1988* SIG Utrecht, 1988
12. *Landelijke medische registratie Jaarboek ziekenhuizen 1990* Utrecht SIG informatie-centrum voor de gezondheidszorg 1991
13. Williams, M.E. et al *The illness as the focus of geriatric medicine* *New Engl J Med* 1983;308,1357-60
14. de Fockert, J.A. *Handicaps in stee van ziekten; een wezenskenmerk in het geriatrisch denken* *Vox Hospitii* 1986;10:43-8
15. *Meyboom-de Jong, B. Bejaarde patiënten* Proefschrift, Groningen 1989
16. Gillick, M.R. *Is the care of the chronically ill a medical prerogative?* *N Engl J Med* 1984;310:190-3
17. Thijssen, C. *Motieven voor het starten, voortzetten of staken van geriatrische behandelingen* In: Cools et al. *Dilemma's in de geriatric Boerhaave PAOG Leiden januari 1990*
18. Cools, H.J.M. et al *Handboek verpleeghuiszorg* *De Tijdstroom Lochem*, 1989
19. Brody, E.M. et al *What older people do about their day-to-day mental and physical health symptoms* *J Am Geriatr Soc* 1983;31:489-98
20. Gjorup, T. et al *Is growing old a disease? A study of the attitudes of elderly patients* *J Chron Dis* 1987;40:1095-8
21. van der Wulp, J.C. *U kunt naar huis* *Ned Tijdschr Geneeskd* 1989;133,705-8
22. Calkins, D.R. et al *Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients* *Ann Intern Med* 1991;114:451-4
23. Caradoc-Davies, T.H. et al *Benefit from admission to a geriatric assessment and rehabilitation unit* *J Am Geriatr Soc* 1989;37,25-8

24. Bedell, S.E. et al Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital; when do physicians talk with patients? *N Engl J Med* 1984;310,1089-93
25. Graham, H. et al Dying as a diagnosis: difficulties of communication and management in elderly patients *Lancet* 1983;ii,670-2
26. Smith, T. Care of the elderly in the Netherlands *Br Med J* 1984;288,127-9
27. Grundy, E. et al Institutionalisation and the elderly: international comparisons *Age Ageing* 1984;13:129-37
28. Fries, B.E. et al International Comparison of long-term care: the need for resident-level classification *J Am Geriatr Soc* 1991;39:10-16
29. den Boogert, H.L. et al De bewoner beslist(4) *Senior* 1985;14,313-7
30. Mertens, G.H.M. T(e)huis beter af? Resultaten van een 12-jarig longitudinaal onderzoek rond verhuizing van ouderen naar een verzorgingstehuis *Proefschrift Nijmegen, 1991*
31. Oostvogel, F.J.G. Historische ontwikkeling van verpleeghuizen in Nederland *Med Contact* 1984;39:45-6
32. Remmen, J.C.M. Bejaardenoordbewoners of verpleeghuispatiënten *Proefschrift Nijmegen 1985*
33. Pasker, P. et al The elderly mentally ill: whose responsibility? *Br Med J*, 1976;2, 164-6
34. van Loveren-Huyben, C.M.S. et al Het verzorgingstehuis: een bron van toenemende zorg. Gedragsbeoordeling door het verzorgend personeel *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1983;14,199-206
35. Biesenbeek, F.J. Verpleeghuispatiënt en bejaardenoord *Med Contact* 1985;40,14-6
36. Hellemons, E.M.J. et al De meerzorgbewoner in het verzorgingstehuis *Scriptie RU Leiden, 1991*
37. Centraal Bureau voor Statistiek *Statistisch jaarboek 1991 SDU Den Haag*
38. Haffmans, Th. et al Veranderingen in verpleegbehoefte van in verpleeghuizen opgenomen patiënten *Vox Hospitalii* 1987;11:111-7
39. Vink, M.T. et al Gedragsproblemen in verzorgingstehuizen; een inventarisatie in zes verzorgingstehuizen en een vergelijking met enkele verpleeghuizen *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1989;20,3-11
40. Meyboom-de Jong, B. Huisartsen in het verzorgingshuis of verzorgingshuis-artsen? *Huisarts en Wetenschap* 1991;34:364-5
41. Dehlin, O. et al Relocation of patients with senile dementia: effects on symptoms and mortality *J Clin Exp Gerontol* 1990;12:1-12
42. Hepple, J. et al A survey of private nursing home residents in Weston Super Mare *Age Ageing* 1989;18:61-3
43. Pearson, J. et al Problems of care in a private nursing home *Br Med J* 1990;301: 371-2
44. Avorn, J. et al Use of psychoactive medication and the quality of care in rest homes: findings and policy implications of a statewide study *New Engl J Med* 1989;320:227-32
45. Sloane, P.D. et al Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia *JAMA* 1991;265:1278-82
46. Beale, N. Daily home-visiting in one general practice: a longitudinal study of patient-initiated work-load *Br J Gen Pract* 1991;41:16-8
47. Wevers, C.W.J. et al De hulp van de huisarts aan ouderen *Huisarts en Wetenschap* 1987;30,3-8
48. Hooper, J. Case finding in the elderly: does the primary care team already know

enough? *Br Med J* 1988;297:1450-2

49. Cartwright, A. et al *Elderly people, their medicines and their doctors* London: Rowledge 1988

50. Huygen, F.J.A. *Mogelijkheden tot preventie bij bejaarden in de eerste lijn Tijdschr Gerontol Geriatr* 1986;17,201-4

51. Smals, L. et al *Taakomschrijving en taakin-vulling van medische adviseurs in Gelderse verzorgingstehuizen; een inventariserend onderzoek GRV Arnhem* 1988

52. Zweens-ten Kate, I.B. *Artsen in verzorgingstehuizen voor bejaarden Vox Hospitii* 1984;8,104-8

53. de Bruyne, G.A. *De verpleeghuisarts, medisch adviseur in het verzorgingstehuis? Moderne Geriatrie* 1986;april,7-8

54. Gorter et al, H.G.M. *Huisartsgeneeskundige zorg in bejaardenoorden: verandering gewenst? Huisarts en Wetenschap* 1991;34:383-5

55. Broecheler, E. et al *Van huisarts in een verzorgingstehuis naar verzorgingstehuisarts? Med Contact* 1979;23:737-41

56. Spreeuwenberg, C. *Hebben huisartsen toezicht nodig? Med Contact* 1991;46:615

57. Geurts, J. et al, *(Verpleeg)huisarts: contradictio in terminis? Zevende bedden in Nieuwegein Med Contact* 1991;46:533-5

58. NVVA *Medische verzorging in verzorgingstehuizen Nota NVVA Utrecht september 1984*

59. NVVA *Verpleeghuisgeneeskunde in ontwikkeling Nota NVVA Utrecht april 1991*

60. van der Molen, T. et al *Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis Huisarts en Wetenschap* 1991;34:377-82

61. Sprenger, M.J.W. et al *Influenza mortality and excess deaths in the elderly 1967-82 Epidem Inf* 1989;103:633-41

62. Berk, S.L. et al *Vaccinating the elderly: recommendations and rationale Geriatrics* 1986;41,79-91

63. Löwik, M.R.H. et al *Is de vitaminevoorziening van ouderen in Nederland zorgwekkend? Ned Tijdschr Geneesk* 1989;133,298-302

64. van Dusseldorp, M. *Is vitamine-suppletie bij bejaarden zinvol? Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132,667-72

65. Katan, M.B. et al *Vitamine D-gehalte van voedingsmiddelen Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131,428-30

66. Lips, P. et al *Vitamine D-gebrek en heupfracturen Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985;16:239-45

67. Ingezonden *Is profylaxe van osteoporose bij verpleeghuispatiënten noodzakelijk? Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:166-7 en 590-1

68. Thompson, R.F. et al *Effects of physical exercise for elderly patients with physical impairments J Am Geriatr Soc* 1988;36:130-5

69. Droës, R.M. *In beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen Proefschrift VU Amsterdam* 1991

70. Larson, E.B. *Exercise, functional decline and frailty J Am Geriatr Soc* 1991;39:635-6

71. Burger, A.K.C. *Met vallen en niet opstaan: ongevalspreventie bij bejaarden Patient Care* 1986,26-8

72. Fowler, G. *Practicing Prevention: what does it mean? Br Med J* 1982;284:945-6

73. Muir Gray, J.A. et al *Screening and case-finding In: Prevention of disease in the elderly, Churchill Livingstone* 1985

74. Ringoir, D.J.B. et al *Aspecten van gezondheidsvoorzieningen voor ouderen In:*

Schouten et al. *Leerboek Geriatrie, BSH Utrecht, 1985*

75. van der Cammen, T.J.M. *Diagnostic approaches and management aspects of early dementia Proefschrift Rotterdam 1991*

76. Freer, C.B. *Consultation-based screening of the elderly in general practice: a pilot study J Roy Coll Gen Pract 1987;37:455-6*

77. Williamson, J. et al *Old people at home; their unreported needs Lancet 1964;1: 1117-20*

78. Wilson, J.M.G. et al *Principles and practice of screening for disease Public health Papers 34 WHO Geneve 1968*

79. Schaapveld, K. et al *Prioriteiten in preventie Ned Tijdschr geneeskd 1991;135: 1699-1703*

80. Smith, A. *Qualms about QALYS Lancet 1987;i,1134-6*

81. Donaldson, C.A.M. et al *Qalys and long-term care for elderly people in the UK: scales for assessment of quality of life Age Ageing 1988;17:379-87*

82. Williams, A. *Economics of coronary artery bypass grafting Br Med J 1985;291:326-9*

83. Magenheim, M.J. *Screening the elderly In: E. Calkins et al The practice of geriatrics Saunders 1986*

84. Bergmann, K. *A community psychiatric approach to the care of the elderly; are there opportunities for prevention? In: Magnussen et al Epidemiology and prevention of mental illness in old age Hellerup Denemarken 1982*

85. Timiras, M.L. et al *Prevalence of anemia and correlation of hemoglobin with age in a geriatric screening clinic population J Am Geriatr Soc 1987;35,639-43*

86. Pedersen, K.V. et al *Screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population Br Med J 1990;300:1041-4*

87. Robie, P.W. *Cancer screening in the elderly J Am Geriatr Soc 1989;37:888-93*

88. Helfland, M. et al *Screening for thyroid disease Ann Intern Med 1990;112:840-9*

89. Stead, W.W. et al *Tuberculosis as an endemic and nosocomial infection among the elderly in nursing homes New Engl J Med 1985; 312:1483-7*

90. Stead, W.W. et al *The significance of the tuberculin test in elderly persons Ann Intern Med 1987;107:837-42*

91. Levinstein, M.R. et al *Yield of routine annual laboratory tests in a skilled nursing home population JAMA 1987;258:1909-15*

92. Kolman, P.B.R., *The value of laboratory investigations of elderly psychiatric patients J Clin Psychiatry 1984;45:112-6*

93. Wolf-Klein, G.P. et al *Efficacy of routine annual studies in the care of elderly patients J Am Geriatr Soc 1985;33:325-9*

94. *Department of health and the Welsh office General practice in the national health service. A new contract Londen HMSO 1989*

95. Edwards, Y et al *Usefulness of blood tests carried out during screening of the elderly population in one practice Br J Gen Pract 1991;41:496-8*

96. Dees, D.J.D. *Het overheidsbeleid inzake preventieve zorg voor ouderen. In: Goedhart et al Preventieve Gezondheidszorg voor ouderen. Samsom. Alphen a/d Rijn 1988*

97. van de Mheen, P.J. *Prevalentie van diabetes mellitus in verzorgingstehuizen RIVM-nota Bilthoven, rapp. 528904002*

98. Woolf, S.H. et al *The periodic health examination of older adults: the recommendations of the U.S. preventive services task force. Part II J Am Geriatr Soc 1990;38:933-42*

99. Lowther, C.P. et al *Evaluation of early diagnostic services for the elderly Br Med J 1970;3:275-7*

100. Hendriksen, C. et al *Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised trial* *Br Med J* 1984;289:1522-4
101. Vetter, N.J. et al *Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial* *Br Med J* 1984;288:369-72
102. Tulloch, A.J. et al *A randomised controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice* *J R Coll Gen Pract* 1979;29:733-42
103. Epstein, A.M. et al *Consultative geriatric assessment for ambulatory patients; a randomised trial in a health maintenance organisation* *JAMA* 1990;263:538-44
104. Carpenter, G.I. et al *Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers* *Br Med J* 1990;300:1253-6
105. Fillenbaum, G.G. *Screening the elderly: a brief instrumental activities of daily living measure* *J Am Geriatr Soc* 1985;33:698-706
106. Barber, J.H. et al *Assessment of the elderly in general practice* *J R Coll Gen Pract* 1976;26:106-14
107. Williamson, J. *Screening, Surveillance and Case-finding* In: T. Arie *Health Care of the elderly* Croom Helm Londen 1981
108. Taylor, R.C. et al *The elderly at risk. A critical examination of commonly identified risk groups* *J R Coll Gen Pract* 1983;33:699-700
109. Bowns, I et al *Case finding in elderly people: validation of a postal questionnaire* *Br J Gen Pract* 1991;41:100-4
110. Dr. Stringfellow's team *Prevention for patients over 75: is it worth to bother?* *Br Med J* 1986;292:1243-4
111. Ebrahim, S. et al *Low levels of ill health among elderly non-consulters in general practice* *Br Med J* 1984;289:1273-5
112. van der Does, E. *Haalbaarheid van preventieve gezondheidszorg voor ouderen en de plaats van de huisarts hierin* In: Goedhard *Preventieve Gezondheidszorg voor ouderen* Alphen a/d Rijn 1988
113. van Lidth de Jeude, C.P. *Persoonsgerichte preventie door de huisarts* Proefschrift Utrecht 1991
114. Perkins, E.R. *Screening elderly people: a review of the literature in the light of the new general practitioner contract* *Br J Gen Pract* 1991;41:382-5
115. Verhaak, P.F.M. et al *Preventie, nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk NIVEL* Utrecht 1991
116. Brocklehurst, J.C. et al *Medical screening of old people accepted for residential home* *Lancet* 1978;141-3
117. Rafferty, J. et al *Medical assessment of elderly persons prior to a move to residential care: a review of seven years' experience in Edinburgh* *Age Ageing* 1987;16:10-12
118. Smith, R.G. et al *Follow-up study of two hundred admissions to a residential home* *Age Ageing* 1976;5:176-80
119. Lagaay, A.M. *The Leiden 85+-study, a population-based comprehensive investigation of the oldest old* Proefschrift Leiden 1991
120. Rogers, J.R. et al *Target groups for screening elderly out-patients* *Am J Prev Med* 1988;4:27-34
121. Oboler, S.K. et al *The periodic physical examination in asymptomatic adults* *Ann Intern Med* 1989;110:214-26
122. Woolf, S.H. et al *The periodic health examination of older adults: the recommendations of the U.S. preventive services task force. Part I* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:817-23

123. Sipsma, D.H. Sociaal-geriatrisch onderzoek *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1983;14:231-5
124. van Prooosdij, C. et al *Antwoord op ingezonden brief n.a.v. Lang zullen we leven? Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132:1500
125. Fleming, D.M. et al *List size, screening methods, and other characteristics of practices in relation to preventive care Br Med J* 1985;291:869-72
126. Huygen, F.J.A. *Secundaire preventie en preventie van somatische fixatie: een contradictio in terminis? Patient Care* 1986,50-2
127. ten Horn, G.H.M.M. *Evaluatie-onderzoek in de geriatrie; mogelijkheden en moeilijkheden In: van den Heuvel et al Evaluatie in de Geriatrie Tijdstroom Lochem* 1985
128. van der Wal, E.E. *Hoge bloeddruk als risico-factor op oudere leeftijd. In: Goedhard et al De bloeddruk op oudere leeftijd Alphen a/d Rijn* 1984
129. de Leeuw, P.W. et al *65-plussers: tweederangspatiënten met andere behandelingscriteria? Hart Bull Suppl* 1985; 1,24-6
130. Boot, C.P.M. *Is opsporing van hoge bloeddruk zinvol? Med Contact* 1987;42:1338-42
131. Amery, A. et al *Efficacy of antihypertensive drug treatment according to age, sex, blood pressure and previous disease in patients over 60 Lancet* 1986;ii,589-92
132. de Leeuw, P.W. *Het nut van behandeling van oudere patiënten met systolische hypertensie Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:408-9
133. Birkenhäger, W.H. *Gebruik en misbruik van de bloeddrukmeter Ned Tijdschr Geneesk* 1989;133:390-2
134. Smith, T.D.W. et al *Individual variation between general practitioners in labeling of hypertension Br Med J* 1990;300:74-5
135. Jansen, P.A.F. et al *Herseneninfarct als mogelijke bijwerking van bloeddrukverlagende behandeling Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:1436-40
136. Mc Intosh, I.B. *The elderly can pay too high a price for fewer strokes Geriatric Medicine* 1987;3:73-5
137. Lenders, J.W.M. et al *Orthostatische hypotensie bij bejaarden Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:1252-4
138. Tinetti, M.E. et al *Risk factors for falls among elderly persons living in the community N Engl J Med* 1988;319:1701-7
139. Tayback, M. et al *Body weight as a risk factor in the elderly Arch Intern Med* 1990;150:1065-72
140. Berkhout, A.M.M. *De preventie van vermagering bij zieke ouderen In: Cools et al. Dilemma's in de geriatrie, Boerhaave PAOG Leiden januari* 1990
141. Chang, J.I. et al *Weight loss in nursing home patients: prognostic implications J Fam Pract* 1990;30:671-4
142. Thompson, M.P. et al *Unexplained weight loss in the ambulatory elderly J Am Geriatr Soc* 1991;39:497-500
143. Claessens, W.L.M. *Multidisciplinaire observatie van vermeend psychogeriatrische patiënten Proefschrift Nijmegen* 1984
144. Mc Murdo, M.E.T. et al *The detection of visual disability in the elderly Health Bull (Edin)* 1988;46:327-9
145. van de Wijgert, E.C.M. *Visuele hulpmiddelen The Practitioner* 1990 (okt):1075-8
146. Gerson, L.W. et al *Risk of imbalance in elderly people with impaired hearing or vision Age Ageing* 1989;18:31-4
147. Stults, B.M. *Preventive health care for the elderly West J Med* 1984;141,832-45

148. Voeks, S.K. et al *Hearing loss in the nursing home; an institutional issue* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:141-5
149. Anand, J.K. et al *Hearing loss leading to impaired ability to communicate in residents of homes for the elderly* *Br Med J* 1989;298:1429-30
150. Multrow, C.D. et al *Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:45-50
151. Macphee, G.J.A. et al *A simple screening test for hearing impairment in elderly patients* *Age Ageing* 1988;17:347-51
152. Sever, J.C. et al *Using a self-assessment-questionnaire to identify probable hearing loss among older adults* *Perceptual Motor Skills* 1989;69:511-4
153. Lichtenstein, M.J. et al *Validation of screening tools for identification hearing impaired elderly in primary care* *JAMA* 1988;259:2875-8
154. Hickish, G. *Hearing problems of elderly people; every elderly citizen should be offered an audiogram* *Br Med J* 1989;299:1415-6
155. Hughes, J.R. *Hearing problems of elderly people* *Br Med J* 1990;300:122
156. Schmidt, P.H. et al *Horen, luisteren en verstaan* *Ned Tijdschr Geneesk* 1982;126:457-61
157. van Oosten, N. et al *Ouderen met chronische bewegingsproblemen; hoe huisartsen de (preventieve) zorg kunnen verbeteren* *Med Contact* 1991;46:562-4
158. Jarnlo, G. et al *Hip fracture incidence in Lund, Sweden, 1966-1986* *Acta Orthop Scand* 1989;60:278-82
159. Broos, P.L.O. et al *Heupfracturen bij bejaarden; sterfte, functionele resultaten en kans op huiswaarts keren* *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:957-61
160. Hoogendoorn, D. *Heupfracturen; operatieve behandeling en klinische sterfte* *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:326-9
161. Duursma, S.A. et al *Oud worden en op de been blijven; het verband tussen osteoporose en fracturen* *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129:740-4
162. Tinetti, M.E. et al *Identifying mobility dysfunctions in elderly patients; standard neuromuscular examination or direct assessment?* *JAMA* 1988;259:1190-3
163. Tinetti, M.E. *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients* *J Am Geriatr Soc* 1986;34:199-26
164. van Vaerenberg, J. et al *Positieve Romberg-test en het voorspellen van vallen bij bejaarden* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1990;21:71-4
165. Chandler, J.M. et al *Balance performance on the postural stress test: comparison of young adults, healthy elderly and fallers* *Phys Ther* 1990;70:410-5
166. Pawlson, L.G. et al *Wheelchair use by ambulatory nursing home residents* *J Am Geriatr Soc* 1986;34:860-4
167. Haworth, E. et al *Wheelchairs used by old people* *Br Med J* 1983;287:1109-10
168. Borst, C. et al *Plotseling opstaan: fysiologie en klinische betekenis van de acute cardiovasculaire gevolgen* *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129:156-9
169. Hart, D. et al *Locomotor disability in very elderly people: value of a programme for screening and provision of aids for daily living* *Br Med J* 1990;301:216-20
170. Granek, E. *Medications and diagnoses in relation to falls in a long term care facility* *J Am Geriatr Soc* 1987;35:503-11
171. Kok, A.L.M. et al *De prevalentie van urine-incontinentie bij oudere vrouwen* *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:98-101
172. Starer, P. et al *Obscuring urinary incontinence; diapering the elderly* *J Am Geriatr Soc* 1985;33:842-6

173. Vierhout, M.E. *Meting van ongewenst urine-verlies bij de vrouw* *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:1837-40
174. Cools, H.J.M. *De opvang van urine bij incontinentie bejaarden* *Ned Tijdschr Geneesk* 1986;130:97-100
175. Pannill, F.C. et al *Evaluation and treatment of urinary incontinence in long term care* *J Am Geriatr Soc* 1988;36:902-10
176. Lagro-Janssen, L.M. *Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartsenpraktijk* *Proefschrift Nijmegen* 1991
177. Verhey, F.R.J. et al *Een nieuw psychogeriatrisch syndroom; de vergeetfobie* *Med Contact* 1991;46:575-6
178. Tanja, T.A. et al *De epidemiologie van seniele dementie* *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129:2206-9
179. Luteyn, F. et al *Een schatting van het aantal geestelijk gestoorde bejaarden in de bejaardenoorden in Friesland* *Ned T Geront* 1974;5:147-52
180. Kramer, M et al *Patterns of mental disorders among the elderly residents of East Baltimore* *J Am Geriatr Soc* 1985;33:236-46
181. Mann, A.H. et al *Psychiatric illness in residential homes for the elderly: a survey in one London borough* *Age Ageing* 1984;13:257-65
182. Ames, D. et al *Psychiatric illness in elderly residents of part III homes in one London borough: prognosis and review* *Age Ageing* 1988;17:249-56
183. Boersma, F. et al *Het dementiesyndroom in de praktijk van 15 huisartsen; een oriënterend prevalentie-onderzoek in de regio Zwolle* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1989;20:153-7
184. Mc Cartney, J.R. et al *Assessment of cognitive deficit in geriatric patients; a study of physician behavior* *J Am Geriatr Soc* 1985;33:467-71
185. O'Connor, D.W. et al *Do general practitioners miss dementia in elderly patients?* *Br Med J* 1988;297:1107-10
186. Wevers, C.W.J. *Signalering van dementie en depressie in een huisartsenpraktijk* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1987;18:179-186
187. Schulte, B.P.M. *Consensus Diagnostiek bij het dementiesyndroom* *Ned Tijdschr Geneesk* 1989;133:981-5
188. van Crevel, H. *Diagnostiek bij dementie* *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:1065-8
189. Jones, T.V. et al *Rethinking the approach to evaluating mental functioning of older persons; the value of careful observations* *J Am Geriatr Soc* 1988;36:1128-34
190. Cooper, B. et al *Population screening and the early detection of dementing disorders in old age: a review* *Psychological Medicine* 1984;14:81-95
191. Henderson, A.S. et al *The problem of mild dementia* *Psychological Medicine* 1984;14:5-11
192. Mas, J.M.J. et al *Aspecten van het cognitief functioneren van bejaarden; een transversaal leeftijdsonderzoek* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988;19:237-50
193. Heeren, Th.J. *De samenhang tussen depressie en dementie op oudere leeftijd* *Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132:1282-6
194. Brayne, C. et al *The association of education and socio-economic status with the Mini Mental State Examination* *Age Ageing* 1990;19:91-6
195. Hupkens, P.E.M. *Een protocol voor ambulante dementieonderzoek* *Med Contact* 1985;40:190-2
196. Rabins, P.V. et al *Emotional adaptation over time in care-givers for chronically ill elderly people* *Age Ageing* 1990;19:185-90

197. Isaacs, B. *Geriatric patients: do their families care?* *Br Med J* 1971;4:282-6
198. Folstein, M.F. et al *Mini-mental-state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician* *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98
199. Heeren, Th.J. et al *Reference values for the Mini-Mental-State-Examination (MMSE) in octo- and nonagenarians* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1093-6
200. Magaziner, J. et al *Predicting performance on the mini-mental-state examination; use of age- and education-specific equations* *J Am Geriatr Soc* 1987;35,996-1000
201. Ward, H.W. et al *Cognitive function testing in comprehensive geriatric assessment; a comparison of cognitive test performance in residential and clinical settings* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1088-92
202. Murden, R.A. et al *Mini-mental state exam scores vary with education in blacks and whites* *J Am Geriatr Soc* 1991;39:149-55
203. Klein, L.E. et al *Diagnosing dementia; univariate and multivariate analyses of the mental status examination* *J Am Geriatr Soc* 1985;33,483-8
204. Diesfeldt, H.F.A. *Categoriegebonden woordproductie in een psychogeriatrische praktijk* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1983;14,49-59
205. Diesfeldt, H.F.A. *De test-hertest-betrouwbaarheid van categoriegebonden woordproductie in de psychogeriatric* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985;16,17-20
206. Lindeboom, J. et al *Een korte test voor dementie screening: de ADS3* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988;19: 97-102
207. Engberts, D.P. *Wetenschappelijk onderzoek met ouderen: mogelijkheden en verlegenheden. In: Cools et al. Dilemma's in de geriatric Boerhaave PAOG Leiden januari 1990*
208. Euser, Y.A.M. *Keuring voor verhuizing naar het bejaardenverzorgingstehuis; mogelijkheid tot beoordeling van psychogeriatric functie?* *Vox Hospitii* 1990;14:19-22
209. Diesfeldt, H.F.A. *De BOP tien jaar Gerontologie* 1981;12:139-47
210. Cooper, J.K. et al *Relation of cognitive status and abnormal behaviors in Alzheimer's disease* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:867-70
211. Watts, D.T. et al *Dangerous behavior in a demented patient* *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:658-62
212. Swearer, J.M. et al *Troublesome and disruptive behaviors in dementia; relationships to diagnosis and disease severity* *J Am Geriatr Soc* 1988;36:784-90
213. Fitten, L.J. et al *Assessing treatment decision-making capacity in elderly nursing home residents* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1097-1104
214. Clairfield, A.M. *The reversible dementias: do they reverse?* *Ann Intern Med* 1988;109,476-86
215. Poels, P.J.E. et al *Reversibele dementiesyndromen* *Ned Tijdschr geneeskd* 1991;135: 1521-24
216. Harrell, L.E. et al *Biological and neuropsychological characterisation of physostigmine responders and nonresponders in Alzheimer's disease* *J Am Geriatr Soc* 1990;38: 113-22
217. Abernethy, D.R. *Development of memory-enhancing agents in the treatment of Alzheimer's disease* *J Am Geriatr Soc* 1987;957-8
218. Summers, W.K. et al *Oral tetrahydroaminoacridine in long term treatment of senile dementia, Alzheimer type* *N Engl J Med* 1986;315,1241-5
219. Thienhaus, O.J. et al *A controlled double-blind study of high-dose dihydroergotoxine mesylate (Hydergine) in mild dementia* *J Am Geriatr Soc* 1987;35,219-23
220. Ingezonden *Is dementie te behandelen met vitaminen en sporenelementen?* *Ned*

Tijdschr Geneeskd 1983;127:2250

221. Nouws, A. *Een cursus geheugentraining voor ouderen* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988;19:211-213

222. Knopman, D.S. et al *Longitudinal study of death and institutionalisation in patients with primary degenerative dementia* *J Am Geriatr Soc* 1988;36:108-12

223. Koopmans, R.T.C.M. et al *Het beloop van de ziekte van Alzheimer bij een groep verpleeghuispatiënten: epidemiologie, (bijkomende) morbiditeit en sterfte* *Ned Tijdschr geneeskd* 1991;135:845-50

224. Fleischeuer, I. et al *Realiteitsoriëntatie en de werkelijkheid van de verpleeghuisbewoner* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1989;20:197-201

225. Warners, I. *Zin in verplegen; de werkhouding van de verpleging in psychogeriatrische verpleeghuizen* *Tijdschr voor Ziekenverpl* 1984;37:234-40

226. Dietch, J.T. et al *Adverse effects of reality orientation* *J Am Geriatr Soc* 1989;37:974-6

227. Macpherson, D.S. et al *Deciding to restrain medical patients* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:516-20

228. Weinberg, A.A. *Beschermende maatregelen in een psychogeriatrisch verpleeghuis* *Med Contact* 1990;45:388-90

229. Evans, L.K. et al *Tying down the elderly; a review of the literature on physical restraint* *J Am Geriatr Soc* 1989;37:65-74

230. Schneider, L.S. et al *A Metanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia* *J Am Geriatr Soc* 1990;38:553-63

231. Willekens-Bogaers, M.A.J.H. *Neuroleptica in de psychogeriatric; een voorstel voor een rationeler voorschrijfbeleid* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985;16:179-89

232. Arie, T. *Prevention of mental disorders of old age* *J Am Geriatr Soc* 1984;32:460-5

233. O'Connor, D.W. et al *Does early intervention reduce the number of elderly people with dementia admitted to institutions for long term care?* *Br Med J* 1991;302:871-5

234. van Marwijk, H.W.J. et al *De prevalentie van depressie bij ouderen; een literatuurstudie* *Huisarts en wetenschap* 1990;33:472-7

235. Kafonek, S. et al *Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility* *J Am Geriatr Soc* 1989;37:29-34

236. Tucker, M.A. et al *Validation of a brief screening test for depression in the elderly* *Age Ageing* 1987;16:139-44

237. de Jong-Gierveld, J. et al *Opname in een verzorgingstehuis; een oplossing voor eenzame ouderen* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1986;17:147-156

238. Offerhaus, L. *Geneesmiddelen en bejaarden; recente vorderingen in de geriatrische klinische farmacologie* *Ned Tijdschr Geneeskd* 1989;133:2315-20

239. Jansen, P.A.F. *Medicamenten en verwardheid* *Vox Hospitalii* 1989 (1-1):13-5

240. Molloy, D.W. *Memory loss, confusion and disorientation in an elderly woman taking medicine* *J Am Geriatr Soc* 1987;35:454-6

241. Taggart, H.McA. *Do drugs affect the risk of hip fracture in elderly women?* *J Am Geriatr Soc* 1988;36:1006-10

242. Offerhaus, L. *Digoxine* *Ned Tijdschr Geneeskd* 1988;132:1276-80

243. Sueta, C.A. et al *Reassessment of indications for digoxin. Are patients being withdrawn?* *Arch Intern Med* 1989;149:609-12

244. Mathus-Vliegen, E.M.H. *Laxantia* *Ned Tijdschr Geneeskd* 1987;131:1028-32

245. van Olffen, G.H. et al *De buik vol zemelen* *Ned Tijdschr Geneeskd* 1982;126:1993-5

246. MacLennan, W.J. *Diuretics in the elderly: how safe?* *Br med J* 1988;296:1551

247. de Jonge, J.W. et al *De behandeling van enkeloedeem bij ouderen in de huisartsenpraktijk; wanneer en hoe vaak worden diuretica gebruikt?* *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:1702-5
248. Walma, E.P. et al *Diureticagebruik door 65-plussers in een huisartsenpraktijk: wie kunnen er stoppen?* *Huisarts en Wetenschap* 1989;32:326-8
249. Koopmans, R.T.C.M. et al *Langdurige diureticabehandeling bij verpleeghuisbewoners. Is stoppen mogelijk?* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988;19:55-60
250. Offerhaus, L. *Nieuwe antirheumatica in oude magen* *Ned Tijdschr Geneesk* 1986;130:1827-9
251. MacGregor, F.B. et al *Hepatotoxicity of herbal remedies* *Br Med J* 1989;299:1156-7
252. Tan, K.L. et al *Bezoek van een oude vriend; paranoïde psychose bij chronische broomintoxicatie* *Ned Tijdschr Geneesk* 1984;128,1929-30
253. Zuccolo, G. et al *The elderly and the medication label: doing it better* *Age Ageing* 1985;14,371-6
254. Plagge, H.W.M. et al *Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt-contact* *Huisarts en Wetenschap* 1988;31:120-3
255. Bange, R. et al *Geneesmiddelen bij ouderen: mag het ook iets minder zijn?* *Huisarts en Wetenschap* 1990;33:426-49
256. Gilchrist, W.J. et al *Prospective study of drug reporting by general practitioners for an elderly population referred to a geriatric service* *Br Med J* 1987;294:289-90
257. Spagnoli, A. et al *Drug compliance and unreported drugs in the elderly* *J Am Geriatr Soc* 1989;37:619-24
258. Nolan, L. et al *The need for a more rational approach to drug prescribing for elderly people in nursing homes* *Age Ageing* 1989;18:52-6
259. Razenberg, T.P. *Neuroleptica- en laxantiagebruik in een psychogeriatrisch verpleeghuis* *Med Contact* 1987;42:304-6
260. Meyboom-de Jong, B. et al *Prescription for the elderly patient by the general practitioner* *Allgemeinmedizin* 1989;18:74-8
261. Olde Rikkert, M.G.M. et al *Polyfarmacie bij patiënten op een GAAZ* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1990;21:51-9
262. de Bruyne, G.A. *Het geneesmiddelengebruik in verzorgingstehuizen, een collectief probleem* *Moderne Geriatrie* 1984:151-2
263. Merkus, J.W.F.M. *Het geneesmiddelengebruik in drie verpleeghuizen voor lichamelijke ziekten* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985;16:87-95
264. Razenberg, T.P. *Neuroleptica- en laxantiagebruik in een psychogeriatrisch verpleeghuis* *Med Contact* 1987;42:304-6
265. Merkus, J.W.F.M. *Obstipatie bij oude mensen* *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1984;15:151-4
266. Fiolet, J.F. et al *Nachtmerries en dagdromen; nachtelijke onrust op gevorderde leeftijd* *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:2393-6
267. Brocklehurst, J.C. *The problem of faecal incontinence* In: *Hellems et al Gastrointestinal tract disorders in the elderly* Churchill Livingstone Edinburgh 1985
268. Willenbring, M.L. et al *Alcoholism screening in the elderly* *J Am Geriatr Soc* 1987;35:864-9
269. Rains, V.S. et al *Recognition of alcohol dependence in the elderly* *J Am Geriatr Soc* 1989;37:1204
270. Lekkas, C. *Last van het kunstgebit* *Ned Tijdschr Geneesk* 1984;128:560-3
271. de Heer, M. *Nat kan niet wachten; wat vindt de patiënt van de zorg in het verpleeg-*

huis? Voortgezette opleiding beroepsinnovatie Leusden mei 1989

272. O'Malley, T.A. et al Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons *Ann Intern Med* 1983;98:998-1005
273. Dieck, M. Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext; Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information *Z Gerontol* 1987;20:305-13
274. Wolf, R.S. Elder Abuse: ten years later *J Am Geriatr Soc* 1988;36:758-62
275. van Proosdij, C. Euthanasie op een klinisch-geriatrische afdeling *Med Contact* 1988;43:1355-6
276. Henkelmann, T. Goede begeleiding vermindert vraag om euthanasie *Het Beterschap* april 1987,8-10
277. Kohn, M. et al Life prolongation: views of elderly outpatients and health care professionals *J Am Geriatr Soc* 1988;36:840-4
278. Hummelen, J.W. et al Het weigeren van behandeling door de patiënt *Ned Tijdschr Geneeskd* 1986;130:2020-3
279. Lo, B. et al Clinical decisions to limit treatment *Ann Intern Medicine* 1980;93:764-8
280. Diekstra, R. et al Preventie van suïcide bij ouderen *Med Contact* 1990;45:969-72
281. Canadian Task Force on the periodic health examination Periodic health examination, 1990 update: 2. early detection of depression and prevention of suicide, *Can Med Assoc* 1990;142:1233-8
282. Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk *Proefschrift Leiden* 1966
283. Bakker, C. Periodiek geneeskundig onderzoek van bejaarden in een huisartspraktijk *Huisarts en Wetenschap* 1985;28(supplH&P9):55-7
284. van der Werf, G.Th. Friendly visiting, het vriendschappelijk bezoek aan bejaarden door de huisarts *Huisarts en Wetenschap* 1985;28(supplH&P9):50-1
285. Freer, C.B. Screening the elderly *Br Med J* 1990;300:1447-8
286. van Weel, C. et al Preventive care for the elderly: who should be involved? *Allgemeinmedizin* 1989;18:70-3
287. Walker, I. Community screening of elderly patients *Nursing times* 1990;86:56-7
288. Gooding, H. et al The value of preventive care service for the elderly *Health visitor* 1986;59:305-6
289. Fuldauer, A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk *Huisarts en Wetenschap* 1973;16:135-147
290. van Rossum, H.J.L. et al Heeft preventief ouderenbezoek door wijkverpleegkundigen zin? De Nederlandse discussie en buitenlands onderzoek *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988;19,3-6
291. Verhagen, C. et al Geriatrisch behandel- en advies-team; een Rotterdams experiment *Med Contact* 1990; 45:1345-6
292. Brouwer, W. Het eenmalig geriatrisch consult *Huisarts en Wetenschap* 1983;26,140-4
293. Cools, H.J.M. et al Dagbehandeling in het verpleeghuis: de druk van de ketel in het gezin *Ned Tijdschr Geneeskd* 1989;133:2057-9
294. Mulder Dzn., J.D. Verpleeghuisarts en huisarts: samen of alleen? *Vox Hospitii* 1985;9:11-5
295. Chao, A. et al Use of preventive care by the elderly *Prev Med* 1987;16:710-22
296. Tijnstra, Tj. et al Je zult die ene maar zijn; risicobeleving en keuzegedrag rond medische technologie *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990;134:1884-5
297. Cools, H.J.M. Verpleeghuisartsen in de eerste, tweede en derde lijn *Ned Tijdschr chron ziekte* 1991;nr 3;6-8

298. *Prenice, R.L. Opportunities for enhancing efficiency and reducing cost in large scale disease prevention trials: a statistical perspectives Statistics in Medicine 1990;9: 161-72*
299. *Ebrahim, S et al Interviewing the elderly about their health: avlidity and effects on family doctor contacts Age Ageing 1987;16:52-7*
300. *Statistiek van de bejaardenoorden 1988 C.B.S. Voorburg 1990*
301. *Muskens, J.B. et al De prevalentie van dementie bij ouderen Huisarts en Wetenschap 1991;34:491-9*
302. *Heeren, T.J. et al Prevalence of dementia in the oldest old of a Dutch community J Am Geriatr Soc 1991;39:755-9*
303. *Katz, P. et al Use of a structured functional assessment format in a geriatric consultative service J Am Geriatr Soc 1985;33:681-6*
304. *Ramsdell, J.W. et al The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients J Am Geriatr Soc 1989;37:17-24*
305. *Frederiks, C.M.A. Preventief geneeskundig onderzoek bij ouderen; pro's en contra's Tijdschr Gerontol Geriatr 1986;17:205-8*
306. *Palmer, K. Preventive Medicine and screening II The Practitioner 1989;233:1611-2*
307. *van Linschoten, P. Preventief huisbezoek bij ouderen Nederl.Fed.Bejaardenbeleid; Den Haag,1986*
308. *V.N.B. Beleidsplan voor de sector van de verzorgingstehuizen Houten, juni 1990*
309. *Willemse, J.M.A. et al Geriatrie in de periferie; de mogelijke rol van de verpleeg-huisgeneeskundige bij de behandeling van geriatrie patiënten Med Contact 1989;44: 715-7*
310. *Roworth, M.A. Screening the elderly Public health 1989;103:377-83*

BIJLAGE 1: SCHEMA AANDACHTSPUNTEN PREVENTIEF ONDERZOEK "CONSULTATIE"

Bij een aantal van de onderstaande aandachtspunten staat vermeld hoe de algemene gegevens tijdens het gesprek genoteerd werden; de meer specifieke gegevens (vallend onder de zogenaamde "signalen") laten zich niet in algemene termen beschrijven.

-na binnenkomst personalia afchecken, naam, voorletters, geboortedatum, nummer van appartement.

-even een eerder contact in herinnering roepen (vaak doet de oudere dit zelf), bijv. eerdere consultatie, tijdens een lezing, bij het keuringsgesprek.

-open vragen of er bijzonderheden zijn wat betreft de gezondheid waarvan men het gevoel heeft dat daaraan nog niet voldoende aandacht is besteed (sommigen wijden dan juist zeer uit over aspecten die juist wel veel aandacht hebben gekregen ,bijv. recente operaties; dit dan afkappen).

-vragen hoe het met de ogen en oren is. Even laten lezen van een stukje telefoonboek-tekst. Indien afwijkend vragen of men bekend is bij een oogarts en wat voor afspraken men hiermee heeft; vragen of men last heeft van slechtziendheid; bij welke activiteiten. Even uitproberen van de fluisterspraak. Indien afwijkend vragen of men last heeft van slechthorendheid; in welke situaties (één-op-één-contacten, bij de telefoon of televisie, in groepsgesprekken); vragen of men bekend is bij een KNO-arts; beoordelen van de gehoorgangen op cerumen.

NOTATIE:

*leest telefoonboek

*leest grote letters

*slechtziend, reeds uitgebreid onder behandeling van oogarts

*slechtziend, zie verder onder "signalen"

*hoort fluisterspraak goed

*hoort fluisterspraak redelijk

*slechthorend, reeds uitgebreid onder behandeling

*slechthorend, zie verder bij "signalen"

-vragen hoe het met lopen gaat en of men wel eens duizelig is. Indien iemand regelmatig buiten langer dan een kilometer wandelt, vragen naar eventuele risico's die hierbij zouden kunnen optreden en -zo die niet spontaan gemeld worden- alert zijn hierop (bijv. iemand met slechtziendheid die nog fietst en daarbij zonder af te stappen ook oversteeft). Indien kortere afstanden worden opgegeven, even vragen of men een demonstratie van de mobiliteit wil geven als mensen niet al enkele malen zijn opgestaan om even iets te pakken. Letten op opstaan, stabiliteit na het tot staan gekomen zijn, manier van lopen, wel of niet steunpunten zoeken, gebruik maken van hulpmiddelen. Vragen naar tevredenheid over het lopen, pijn, frequentie dat men loopt (wel of niet naar het winkeltje, naar de koffie, naar de brievenbus), behandelingen i.v.m. het lopen, ook fysiotherapie.

NOTATIE:

*loopt nog afstanden van ruim een kilometer buitenshuis

*loopt onbeperkt over de gangen van het gebouw

- *loopt alleen korte afstanden in het gebouw
- *loopt onbeperkt alleen in het eigen appartement
- *beperkt, zie verder bij "signalen"

-vragen of de oudere de plas goed kan ophouden. Sommigen antwoorden hier "nee" op als ze "slechts" enkele uren de plas kunnen ophouden. Doel van de vraag is echter om op een discrete wijze het gesprek op continëntie te brengen. Als ja geantwoord wordt, checken met "U bent nooit iets nat?". Tijd geven om op dit onderwerp een persoonlijk antwoord te geven (Soms geeft men pas het concrete antwoord over het wel of niet nat zijn nadat men eerst uitgebreid heeft verteld hoe de bevallingen gingen). Bij incontinentie proberen te kwantificeren hoe veel men continent is en hoe veel incontinent. Vragen naar aantal verbanden per 24 uur, soort verbanden, hoe lang incontinentie al bestaat, eventuele onderzoeken en/of behandelingen die men ondergaan heeft.

NOTATIE:

- *geheel continent voor urine en ontlasting
- *af en toe lichte incontinentie voor urine, kan dit zelf opvangen
- *verminderd, reeds uitgebreid onder behandeling
- *verminderd, zie verder bij "signalen"

-vragen naar geneesmiddelengebruik. In de eerste plaats noteren wie (de bewoner of de verpleging) het beheer heeft over de medicatie.

NOTATIE:

- *zoals opgegeven door patiënt zelf (patiënt heeft de medicatie in eigen beheer)
- *zoals opgegeven door verpleging (verpleging heeft de medicatie in beheer voor patiënt)

*zoals opgegeven op de cassette die de verpleging aan patiënt uitreikt en waaruit patiënt zelf de medicatie neemt

Bij de zelfstandige bewoner vragen alle middelen te laten zien en aan te geven hoe vaak men elk middel gebruikt. Deze gegevens vergelijken met de sticker en met eventuele toelichting van de bewoner (soms vertelt iemand "ja, er staat nog drie keer daags op het potje maar ik mocht minderen"). Gericht vragen of men niet meer middelen gebruikt: slaapmiddelen, pijnstillers, laxantia, middelen van de drogist of andere huismiddelen.

-indien bij al deze bovengenoemde aspecten geen bijzonderheden zijn gevonden wat betreft het geheugen, dit spontaan vermelden jegens de oudere, bijv. in de trant van "Met Uw geheugen is ook niks verkeerd." In veel gevallen zal dit blijken een hele opluchting te zijn: ouderen maken zich vaak zorgen over de kwaliteit van hun geheugen. Soms vertellen mensen hierna nog iets relevants dat eigenlijk bij de open vraag aan het begin aan de orde had moeten komen (maar toen was het gesprek nog maar net op gang). In andere gevallen zal waarschijnlijk in een eerder stadium van het gesprek begonnen zijn aan een inventarisatie van problemen met het geheugen (Het is heel lastig om met iemand over een bepaald onderwerp, bijv. incontinentie, te praten als je twijfelt over het geheugen van die persoon; bij ieder antwoord plaats je dan immers vraagtekens). De inventarisatie van problemen met het geheugen is gebaseerd op de zogenaamde Mini Mental State, aangevuld met de vraag

naar de fluency. Echter, afhankelijk van reacties van de bewoner, kan van deze vragen afgeweken worden (omdat de patiënt het hinderlijk vindt, resp. de resultaten al wel duidelijk zijn).

NOTATIE:

- *uiterst helder, goed geheugen en niet depressief
- *verschijnselen van ouderdomsvergeetachtigheid, weet daar goed mee om te gaan, niet depressief
- *uiterst helder, goed geheugen, neiging tot lichte depressie
- *symptomen mogelijk passend bij depressie en/of geheugen stoornissen, zie verder bij "signalen"

-meten van het gewicht en de bloeddruk (zittend). Bij duizeligheid tijdens opstaan ook liggende en staande waarde meten; in andere gevallen bleken bewoners zich bij het meten van liggende en staande bloeddruk "proefkonijn" te voelen.

-attent zijn op een aantal van de op het eind van par. 3.4 genoemde zogenaamde overige aspecten, eventueel deze ter sprake brengen.

-toelichten dat de huisarts over de nu vastgestelde bijzonderheden zo spoedig mogelijk een brief ontvangt; enigszins afhouden indien een bewoner vragen stelt aangaande de indruk van de onderzoeker over besproken medische kwesties (bijv. "vindt U dat ik die pillen moet blijven slikken?").

-afscheid nemen, daarbij de bewoner de gelegenheid geven nog iets te zeggen over de algemene gezondheid.

BIJLAGE 2: VRAGENFORMULIER OVER CONSULTATIE (bij "geen signaal")

(alle door U verstrekte gegevens worden vertrouwelijk behandeld door Mevr. Bakker-van Toornburg; geanonimiseerd worden ze daarna aan de onderzoeksgegevens toegevoegd.)

Op ontving U een brief over Uw patiënt Mw./Dhr.

De brief gaf algemene gegevens. Er werd geen specifiek signaal gegeven.

Vragen: (graag het juiste antwoord omcirkelen)

1. Waren er nieuwe gegevens bij voor U?

 ja nee nee; maar wel een opfrissing

2. Indien gegevens niet nieuw waren, welke stappen had U reeds genomen?

3. Was de brief aanleiding tot nadere -diagnostische- stappen (bijv. de patiënt nog iets vragen, onderzoek, onderzoek door derden)?

 nadere stappen
(welke?)

 geen nadere stappen
(waarom niet?)

4. Zijn hierop nadere therapeutische stappen gevolgd?

 nadere therapeutische stappen
(welke?)
(met welk succes?)

 geen nadere stappen
(waarom niet?)

5. Hebt U nog aanvullende opmerkingen?

6. Alles overziende, hoe nuttig acht U consultatie bij deze patiënt?

 zeer
nuttig

 nuttig

 twijfel

 onnuttig

 zeer
onnuttig

BIJLAGE 3: VRAGENFORMULIER OVER CONSULTATIE (bij "twee signalen")

(alle door U verstrekte gegevens worden vertrouwelijk behandeld door Mevr. Bakker-van Toorenborg; geanonimiseerd worden ze daarna aan de onderzoeksgegevens toegevoegd.)

Op ontving U een brief over Uw patiënt Mw./Dhr.

De brief gaf algemene gegevens. Tevens werden twee specifieke signalen gegeven, namelijk:

SIGNAAL 1:

Vragen: (graag het juiste antwoord omcirkelen)

1. Waren er nieuwe gegevens bij voor U?

ja nee nee; maar wel een opfrissing

2. Indien gegevens niet nieuw waren, welke stappen had U reeds genomen?

3. Was de brief aanleiding tot nadere -diagnostische- stappen (bijv. de patiënt nog iets vragen, onderzoek, onderzoek door derden)?

nadere stappen
(welke?)

geen nadere stappen
(waarom niet?)

4. Zijn hierop nadere therapeutische stappen gevolgd?

nadere therapeutische stappen
(welke?)
(met welk succes?)

geen nadere stappen
(waarom niet?)

5. Hebt U nog aanvullende opmerkingen?

TWEEDE SIGNAAL:

Vragen: (graag het juiste antwoord omcirkelen)

1. Waren er nieuwe gegevens bij voor U?

ja nee nee; maar wel een opfrissing

2. Indien gegevens niet nieuw waren, welke stappen had U reeds genomen?

3. Was de brief aanleiding tot nadere -diagnostische- stappen (bijv. de patiënt nog iets vragen, onderzoek, onderzoek door derden)?

nadere stappen
(welke?)

geen nadere stappen
(waarom niet?)

4. Zijn hierop nadere therapeutische stappen gevolgd?

nadere therapeutische stappen
(welke?)
(met welk succes?)

geen nadere stappen
(waarom niet?)

5. Hebt U nog aanvullende opmerkingen?

6. Alles overziende, hoe nuttig acht U consultatie bij deze patiënt?

zeer
nuttig

nuttig

twijfel

onnuttig

zeer
onnuttig

BIJLAGE 4: VRAGENLIJST AAN OUDEREN

Leiden, 2 december 1990

Geachte bewoner,

Enige tijd geleden is bij U geweest dokter de Burllet, die als medisch adviseur is verbonden aan het bejaardenhuis waar U woont. Onderstaand wil ik U enkele vragen stellen in verband met zijn bezoek aan U.

Zou U steeds het voor U meest juiste antwoord willen omcirkelen?

Met vriendelijke groet,

Drs. F.W. Dekker,
Instituut voor huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Leiden

EERST TWEE VOORBEELDVRAGEN:

HOE TEVREDEN BENT U OVER DE VERWARMING VAN UW APPARTEMENT?

Stel, de verwarming bij U is steeds defect en heeft al enkele malen op de vloerbedekking gelekt, dan omcirkelt U als volgt:

zeer tevreden tevreden twijfel ontevreden zeer ontevreden

Immers, U bent zeer ontevreden over de verwarming.

HEBT U VERTROUWEN IN DE WERKING VAN DE GRIEPPRIK?

Stel, U neemt al jaren de griep prik en hebt al die tijd nooit griep gehad, dan omcirkelt U als volgt:

zeer veel veel weinig zeer weinig
vertrouwen vertrouwen twijfel vertrouwen vertrouwen

NU BEGINT DE VRAGENLIJST OVER HET BEZOEK DAT DOKTER DE BURLET AAN U BRACHT:

1.HOE NUTTIG VINDT U EEN BEZOEK AAN OUDEREN ZOALS HIJ DAT OOK AAN U GEBRACHT HEEFT?

zeer nuttig	wel nuttig	twijfel	niet nuttig	zeer onnuttig
----------------	---------------	---------	----------------	------------------

2.DENKT U DAT HET VOORAL NUTTIG IS VOOR ANDEREN IN HET HUIS?

vooral nut voor anderen	enig nut voor anderen	twijfel	weinig nut voor anderen	zeer weinig nut voor anderen
-------------------------------	-----------------------------	---------	-------------------------------	------------------------------------

3.DENKT U DAT HET OOK VOOR UZELF NUTTIG IS?

veel nut voor mij	enig nut voor mij	twijfel	weinig nut voor mij	zeer weinig nut voor mij
-------------------------	-------------------------	---------	---------------------------	--------------------------------

4.BEZOEKT UW HUISARTS U REEDS VOLDOENDE ZODAT EEN APART ONDER-
ZOEK VAN DOKTER DE BURLET OVERDREVEN IS?

huisarts komt zeer voldoende	huisarts komt voldoende	twijfel	huisarts komt niet voldoende	huisarts komt zeer onvoldoende
------------------------------------	-------------------------------	---------	------------------------------------	--------------------------------------

5.HOE HEBT U HET BEZOEK ERVAREN: als extra aandacht voor de eigen "kwalen van het ouder worden", ook al zijn die al bekend en weet je dat er niet veel aan te doen is?

Ja, veel extra- aandacht	enige extra- aandacht	twijfel	weinig extra- aandacht	Nee, weinig extra- aandacht
--------------------------------	-----------------------------	---------	------------------------------	-----------------------------------

6.HOE HEBT U HET BEZOEK ERVAREN: als een gericht vraaggesprek om temidden van de bekende klachten toch nog eens opnieuw Uw toestand te beoordelen?

Ja, gerichte vragen	enigszins gerichte vragen	twijfel	nauwelijks gerichte vragen	Nee, geen gerichte vragen
---------------------------	---------------------------------	---------	----------------------------------	---------------------------------

7. HEEFT U BIJ KLACHTEN DIE U HAD ROND DE TIJD DAT U DOKTER DE BURLET VERWACHTTE GEWOON UW HUISARTS GEWAARSCHUWD OF HEBT U GEWACHT OP HET BEZOEK VAN DOKTER DE BURLET?

altijd	meestal	twij-	meestal	altijd
eigen huisarts	eigen huisarts	fel	gewacht	gewacht
gewaarschuwd	gewaarschuwd		op	op
			de Burlet	de Burlet

8. HEEFT U GEMERKT OF HET BEZOEK VAN DOKTER DE BURLET INVLOED OP UW HUISARTS HAD?

geen invloed	twijfel	wel invloed
gemerkt		gemerkt

WELKE INVLOED HEBT U -IN UW EIGEN WOORDEN- GEMERKT?

9. ZOU U EEN VOLGEND JAAR WEER DEELNEMEN AAN EEN GESPREK INDIEN DAN WEER DE MOGELIJKHEID ZOU WORDEN GEBODEN TOT EEN GESPREK ZOALS MET DOKTER DE BURLET?

zeker	waarschijnlijk	twijfel	waarschijnlijk	zeker
deelnemen	deelnemen		niet	niet
			deelnemen	deelnemen

10. HEEFT U NOG ANDERE OPMERKINGEN?

BIJLAGE 5: VRAGENLIJST AAN HUISARTSEN

januari 1991

Geachte huisarts,

In de afgelopen drie jaar hebt U enkele malen een brief ontvangen van collega H.M. de Burlet, verpleeghuisarts, die als experiment op vrijwillige basis bewoners van drie verzorgings-
tehuizen heeft bezocht met als doel preventief-gezondheidskun-
dige signalen af te kunnen geven aan U als huisarts. Inmiddels
is de serie van ruim 600 bezoeken aan ouderen afgerond. Na elk
bezoek hebt U reeds een vragenformulier ontvangen waarin U Uw
mening aangaande de specifieke brief hebt kunnen geven. Bij-
gaand zenden wij U een enquête waarmee U enkele algemenere
vragen i.v.m. het experiment gesteld worden.

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk binnen ons instituut worden
behandeld. Het beantwoorden van deze vragen zal U vijf a tien
minuten kosten; ter evaluatie van het experiment zijn Uw
antwoorden echter zeer belangrijk! Voor terugzending voegen
wij een portvrije antwoordenvolpse bij.

Drs. F.W. Dekker, wetenschappelijk medewerker
 instituut voor huisartsgeneeskunde
 Rijksuniversiteit Leiden

Prof. Dr. J.D. Mulder Dzn.
 instituut voor huisartsgeneeskunde
 Rijksuniversiteit Leiden

WILT U STEEDS HET VOOR U MEEST JUISTE ANTWOORD OMCIRKELEN?

1. Hoe denkt U over het nut van preventief gezondheidskundig onderzoek bij personen boven de 65 jaar?

zeer nuttig	wel nuttig	twijfel	niet nuttig	zeer onnuttig
----------------	---------------	---------	----------------	------------------

2. Hoe denkt U over het nut van preventief gezondheidskundig onderzoek bij ouderen boven de 75 jaar?

zeer nuttig	wel nuttig	twijfel	niet nuttig	zeer onnuttig
----------------	---------------	---------	----------------	------------------

3. Hoe denkt U over het nut van preventief gezondheidskundig onderzoek bij ouderen boven de 75 jaar die in verzorgingstehuizen wonen?

zeer nuttig	wel nuttig	twijfel	niet nuttig	zeer onnuttig
----------------	---------------	---------	----------------	------------------

4. Vormen de ouderen in verzorgingstehuizen in Uw ogen een risico-groep i.v.m. onvoldoende over het voetlicht komen van klachten?

ja, een risico- groep	mogelijk een risico- groep	twijfel	nauwelijks een risico- groep	nee, geen risico- groep
-----------------------------	----------------------------------	---------	------------------------------------	-------------------------------

5. Wat doet U zelf reeds aan preventief gezondheidskundig onderzoek (let op: bedoeld wordt: onderzoek; dus niet preventieve zorg zoals bijv. influenza-vaccinatie) bij 75+-ers in verzorgingstehuizen of thuiswonend?

zeer weinig	wenig	twijfel	vrij veel	zeer veel
-------------	-------	---------	-----------	--------------

6. In hoeverre krijgt U al voldoende informatie via verzorgenden of familie om attent gemaakt te worden op relevante signalen betreffende de gezondheid van ouderen in verzorgingstehuizen?

ruim voldoende	meestal voldoende	twijfel	meestal onvoldoende	zeer onvol- doende
-------------------	----------------------	---------	------------------------	--------------------------

7. Als aanvullend aan de bestaande zorg voor ouderen in verzorgingstehuizen hen preventief gezondheidskundig onderzoek wordt aangeboden, wie zou dat in Uw ogen goed kunnen bieden (let op: deze vraag wordt bedoeld los van praktische beperkingen wat betreft de uitvoering)?

eigen huisarts	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet
verzorgende van bejaardenhuis	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet
wijkverpleegkundige (niet in bejaarden- huis werkzaam)	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet
arts i.h.a.	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet
collega-huisarts	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet
verpleeghuisarts	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet
geriater	zeker wel	wschl. wel	twijfel	wschl. niet	zeker niet

8. welke onderdelen van de brieven over consultatie vond U het meest informatief (U herinnert zich dat de brieven ingedeeld waren in feitelijke informatie enerzijds en -zo van toepassing- gerichte signalen anderzijds)?

meting van gewicht en bloeddruk	veel info	enige info	twijfel	weinig info	geen info
signalen betreffende gewicht en bloeddruk	veel info	enige info	twijfel	weinig info	geen info
beoordeling lichamelijk functioneren (visus, gehoor, mobiliteit, continentie)	veel info	enige info	twijfel	weinig info	geen info
signalen betreffende lichamelijk functioneren	veel info	enige info	twijfel	weinig info	geen info

12. Zou U er voorstander van zijn als consultatie in enigerlij
vorm vergelijkbaar met hetgeen de afgelopen drie jaar geboden
is aan bewoners van verzorgingstehuizen ook in de toekomst aan
hen geboden zou worden?

zeker	wschl.	twijfel	wschl.	zeker
wel	wel		niet	niet

13. Hebt U nog andere opmerkingen?

CURRICULUM VITAE

Harald de Burtet werd geboren in Amsterdam in 1953. Hij doorliep de schooltijd in Brussel. In 1971 begon hij aan de studie geneeskunde te Leiden. Een jaar later aan de studie niet-westerse sociologie (kandidaatsexamen 1979). Tijdens de studie had hij enkele "bijbanen" (lesgeven; nacht-verpleeghulp; student-assistent, later wetenschappelijk medewerker bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO). In 1981 behaalde hij het artsexamen.

Na het arts-examen was hij eerst anderhalf jaar arts-assistent interne geneeskunde in het Andreas-ziekenhuis te Amsterdam. Vanaf juli 1983 startte hij als verpleeghuisarts in "Boerhaave", een gecombineerd verpleeghuis te Haarlem. Passend bij die functie was hij medisch adviseur van drie verzorgingstehuizen en docent bij nascholingsinstellingen voor ziekenverzorgenden. In 1986 volgde hij een zomer-cursus "psychogeriatric" te Nottingham. In 1989 publiceerde hij een leerboek voor bejaarden- en ziekenverzorgenden: "Geriatric, wat is dat?" (Tijdstroom). In 1990 publiceerde hij een bijdrage verpleeghuisgeneeskunde voor een losbladige uitgave "ethiek en recht in de gezondheidszorg" (Tijdstroom). Vanaf november 1991 is hij verpleeghuisarts en hoofd medisch/paramedische dienst in "het Wiedenbroek" te Haaksbergen; tevens medisch adviseur van twee verzorgingstehuizen.

