

PREVENTIE BIJ OUDEREN NIET TE LAAT

dr. A. Prins, huisarts

PREVENTIE BIJ OUDEREN NIET TE LAAT

**REDE, UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING
VAN HET AMBT VAN HOOGLERAAR
IN DE HUISARTSGENEESKUNDE AAN
DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN VAN
DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM**

op donderdag 16 september 1993

door dr. A. Prins, huisarts

**Medische Bibliotheek
E.U.R.**

Mijnheer de rector magnificus,
zeer gewaardeerde toehoorders,

Vraag naar huisartsenhulp

De Nederlandse huisartsen hebben 98% van de bevolking van 65 jaar en ouder in hun praktijk en een klein deel hiervan behandelen zij in het verzorgingshuis. De overige 2% valt niet onder de zorg van de huisarts, maar verblijft in verpleeghuizen of andere institutionele voorzieningen.

Demografische ontwikkelingen leiden ertoe dat huisartsen een toenemend percentage ouderen in hun praktijk zullen krijgen. Nu al zijn er praktijken die voor 20% procent uit patiënten boven de 65 jaar bestaan.

Tussen 1990 en 2005 wordt in Nederland een toename van 19,5% van de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder verwacht. De procentuele toename van de leeftijdsgroep van 80 jaar en ouder wordt in deze periode geraamd op 36%. Deze veranderde leeftijdsopbouw van de huisartspraktijk zal een toenemende vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen tot gevolg hebben. Het beroep op de huisarts zal alleen al door de gewijzigde leeftijdsopbouw met 10% toenemen;¹ door de sterke groei van het aantal contacten met hoogbejaarden zullen ook de consultaties meer tijd gaan kosten. Thuiszorg voor ouderen met complexe gezondheidsproblemen zal de vraag naar huisartsenhulp bovendien doen stijgen.

Andere factoren als urbanisatiegraad, het hebben van een éénpersoonshuishouding, het gezinsinkomen en de mogelijkheden van de geneeskunde bepalen eveneens de mate van consultatie van de huisarts. Het is reëel te verwachten dat de levensverwachting verder zal toenemen. Steeds belangrijker wordt nu de vraag of deze toename in levensjaren gepaard zal gaan met stijging van de 'gezonde levensjaren' of met toename van 'zieke levensjaren'. Het laatste geval zal wederom een stijgende vraag betekenen naar gezondheidszorgvoorzieningen.

Onderzoeken naar de te verwachten toename van gezonde en zieke levensverwachting vonden plaats.² Hierbij moet wel worden opgemerkt dat somatische aspecten van levensverwachting veel gemakkelijker te onderzoeken zijn en dus meer aandacht krijgen dan psychisch functioneren. Eenzaamheid, neerslachtigheid, etc., zijn moeilijk te onderzoeken, maar deze gevoelens zijn wel uitermate essentieel voor het welbevinden van ouderen. Onderzoekers verwachten een stijging van zowel gezonde als ongezonde levensjaren. Het lijkt erop dat voor elk actief extra levensjaar een periode van 3,5 jaar met beperkingen kan volgen. Het beleid in de gezondheidszorg zal steeds vaker bepaald worden door de gezonde levensverwachting.³

De gezonde levensverwachting die bereikt kan worden bij preventieve en curatieve interventies verschilt sterk per ziekte. Eliminatie van invaliderende, maar niet dodelijke ziekten van bijvoorbeeld het bewegingsapparaat zou een toename van de gezonde levensverwachting geven. Eliminatie van maligne aandoeningen geeft een stijging van gezonde en ongezonde jaren. Bij hart- en vaatziekten zou eliminatie leiden tot een grotere stijging van gezonde jaren dan van ongezonde jaren.

De vraag naar een hoge kwaliteit van leven kan leiden tot een toenemend beroep op de gezondheidszorg.⁴ De hulpverlening moet zich voorbereiden op vroegere hulpvraag van

de patiënt, minder bereidheid tot afwachten - en tot wachten op therapie - en meer diagnostische mogelijkheden.

Maatschappelijke en culturele ontwikkelingen maken het gewenst dat ouderen in onze samenleving zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Verzorging door familie en opname in verzorgingshuizen worden steeds minder mogelijk en steeds minder gewenst. Zelfstandig wonen is in hoge mate afhankelijk van het lichamelijk en geestelijk functioneren van de oudere mens. Ook deze ontwikkeling zal een investering vragen van de huisarts. Nieuwe technologieën kunnen ertoe bijdragen dat zelfstandigheid langer gehandhaafd blijft dan vroeger.

Een voorbeeld hiervan is de oogheelkundige zorg, die slechtziendheid en blindheid vaak kan voorkomen. Ook operaties aan de kransslagaderen kunnen tot op hoge leeftijd worden uitgevoerd, zodat oude mensen niet langer in hun bewegingsmogelijkheden worden beperkt door hartlijden.

Naast de vraag naar curatieve hulp, zal ook de vraag naar preventieve hulp toenemen. De toekomstige oudere zal zich meer als consument dan als patiënt gaan gedragen. Via voorlichtingsmedia is men mondiger geworden en beter op de hoogte van geavanceerde medische ontwikkelingen. De arts zal verantwoording moeten afleggen en de patiënt zal vaker een 'second opinion' eisen. De kans op klachten over nalatigheid en fouten zal toenemen. De tijd dat ouderdom geassocieerd werd met geestelijke en/of fysieke aftakeling is voorbij.

De meeste bejaarden zijn nu vitaler, gezonder en mondiger dan ooit, maar ook op hogere leeftijd is pathologie vaak een gevolg van roken, lichamelijke inactiviteit, verkeerde voeding, etc. Er is geen reden aan te geven waarom de ouderdom op zichzelf met gebreken zou moeten komen.

De interventie op risicofactoren zal mede door de huisarts verricht moeten worden. Door curatieve en preventieve zorg voor ouderen zoveel mogelijk aan de huisarts over te laten, zal deze in de toekomst veel werk moeten verzetten.

Onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid van preventieve en curatieve zorg aan ouderen is overigens noodzakelijk.

Literatuur

1. Berg Jeths A van den, Poos MIJC, Hulshof JAM, Jager JC/STG. - *De invloed van de bevolkingsontwikkeling op ziektebelasting en zorgvoorzieningen: ramingen tot 2003*. Utrecht: Jan van Arkel, 1992.
2. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. - *N Engl J Med* 1980; 303:130-5.
3. World Health Organization. - *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1985.
4. Bos GAM van den. - *Tijdsch Soc Gezondheidszorg, Gezondheid & Samenleving* 1993; 2:22-7

Argumenten voor en obstakels bij preventief onderzoek bij ouderen

Systematische preventie bij ouderen heeft in Nederland tot nu toe weinig plaatsgevonden. Waarschijnlijk geeft een gezegde als "De ouderdom komt met gebreken" artsen en patiënten aanleiding tot defaitisme ten aanzien van preventie van ouderdomsziekten.

G. Rose, een vooraanstaand Engels onderzoeker, stelt echter dat de meeste ziekten, ook bij ouderen, in principe te voorkomen zijn.¹ Hij illustreert dit met het voorbeeld van heupfracturen bij oudere vrouwen, die in de Westerse wereld frequent voorkomen, maar in China nauwelijks. Osteoporose, de belangrijkste oorzaak voor een collumfractuur, is kennelijk geen natuurlijk ouderdomsverschijnsel. Voor deze aandoening moeten dus beïnvloedbare factoren bestaan. Zo komt ook de zogenaamde ouderdomsdooftheid in verschillende populaties in andere prevalentie voor.

Cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen kan men bijvoorbeeld beïnvloeden via de methode van 'case-finding', waarbij men tijdens reguliere arts-patiënt-contacten preventieve activiteiten verricht. Voor andere aandoeningen, zoals osteoporose en hardhorendheid, is dit niet goed te doen wegens onder andere de beschikbare tijd en noodzakelijke diagnostiek. Nog moeilijker is dit bij interventie ten aanzien van psychosociale risicofactoren, overmatig alcoholgebruik, polyfarmacie en talrijke andere problemen bij ouderen. Muskens schrijft in zijn dissertatie, handelend over het beloop van dementie, dat de huisarts door intensief contact met oudere patiënten het beloop van aandoeningen kan volgen.² Bij de diagnose dementie is het nodig dat de huisarts de geleidelijke veranderingen volgt. Daardoor kan hij anticiperen op noodzakelijke steun en voorzieningen.

De prevalentie van depressies bij ouderen is niet exact bekend. Verschillende onderzoekers gebruikten verschillende diagnostische criteria. De huisarts herkent lang niet alle depressieve patiënten doordat niet iedere depressieve patiënt hiervan blijk geeft aan de huisarts. Toch zal elke huisarts beamen dat depressies bij ouderen frequent voorkomen. Bij een regelmatig contact kan toch hulp worden geboden.

Veel ouderen kampen met psychosociale problemen, die mede door tijdgebrek tijdens het patiënt-huisarts-contact niet aan de orde komen, daar multiële somatische problematiek de aandacht van de huisarts doorgaans opeist.

De verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie van 1977, waarbij werd gesteld dat alle burgers tegen het jaar 2000 een gezondheidsspeil hebben bereikt dat hen in staat stelt een sociaal en economisch produktief leven te leiden, geldt ook voor ouderen.³ Niet onbelangrijk in dit verband is dat deze organisatie bovendien verklaarde dat de basis en eerstelijns gezondheidszorg de sleutel tot de hierboven genoemde doelstelling moeten vormen.

Het verwezenlijken van die doelstelling is er anno 1993 niet eenvoudiger op geworden. Grote sociaal-culturele ontwikkelingen vinden plaats. Waarden en normen veranderen, tradities brokkelen af, echtscheidingen nemen toe, etc. Psychosociale problemen kan men bij 30 à 40% van de patiënten boven de 65 jaar aantreffen. Suicide komt bij ouderen, meer dan in welke leeftijdsgroep ook, voor. Desalniettemin is tot nu toe de preventie in het algemeen en zeker die bij ouderen, niet goed van de grond gekomen.

Een aantal praktische belemmeringen wordt genoemd in het "Conceptvoorstel inzake preventie in de huisartspraktijk". In februari 1992 heeft een werkgroep van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

dit voorstel uitgebracht op verzoek van het Ministerie van WVC.⁴ Hierin worden inhoudelijke en organisatorische voorwaarden vastgesteld voor de uitvoering van een preventieprogramma. Deze voorwaarden zijn noodzakelijk om de discrepantie tussen preventieve taakopvatting en preventieve activiteiten in de praktijk te verkleinen. Ik noem hier enkele belangrijke punten.

In het algemeen ontbreekt in de huisartspraktijk een systematische administratie en registratie van het afspraak- en oproepsysteem. De werkdruk in de huisartspraktijk is te groot. De assistentie is onvoldoende in kwaliteit en kwantiteit. Voor preventie-activiteiten ontbreekt de financiële basis. Randvoorwaarden als attitude en motivatie moeten worden bijgesteld door opleiding en deskundigheidsbevordering van huisarts en assistierend personeel. Mijn ervaring is dat preventie op het gebied van cervixpathologie en opsporing en bestrijding van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk goed mogelijk is, mits men goede personele ondersteuning heeft.^{5,7} Een goed opgeleide assistente wil en kan een aantal taken op preventief en curatief gebied uitvoeren.⁸ Voorbereiding, protocollering en uitvoering van systematische, collectieve preventie kosten tijd.

Hoewel niet speciaal gericht op ouderen, is in Nederland al veel onderzoek verricht naar systematische preventie voor hart- en vaatziekten. Voor de voorbereiding kunnen preventieconsulenten een nuttige taak verrichten, evenals een goed geschoolde praktijkverpleegster. De huidige assistente kan niet tegelijkertijd baliewerkzaamheden verrichten en preventieve patiëntencontacten uitvoeren.

Het is een ernstige tekortkoming dat we in Nederland geen praktijkverpleegster kennen. De laatste twintig jaar is er, behalve een geringe vermindering van de normpraktijk-grootte, niets gedaan aan vergroting van de menskracht in de huisartspraktijk. Dit ondanks de noodzaak en mogelijkheid tot betere medische zorg, zoals geformuleerd in tal van standaarden van het NHG, de grotere vraag naar huisartsenhulp, invoering van afspraakspreekuren, veroudering van de bevolking en substitutie van tweedelijns naar eerstelijns geneeskunde.

Dit is een ernstige zaak. Voornamelijk lippendienst aan de eerstelijns heeft tot nu toe het beleid bepaald. Terwijl in 1992 de kosten van huisartsenhulp minder dan 5% van het totale volksgezondheidsbudget bedroegen!

Naast deze opsomming van pragmatische en organisatorische problemen voor een goed preventiebeleid, met name voor ouderen middels een periodiek gezondheidsonderzoek, zijn er andere factoren van belang.

Leenen wijst er terecht op dat preventie in het algemeen plaatsvindt in het kader van de bestaande relatie tussen patiënt en behandelend arts.⁹ Maar bij invoering van een collectief preventiebeleid waarbij men patiënten uitnodigt, behoeft er (nog) geen (vertrouwen) relatie te bestaan tussen huisarts en/of andere medewerkers en patiënt, een relatie die preventief onderzoek acceptabel maakt. Leenen vindt het feit dat niet altijd vaststaat of voor de patiënt de voordelen van gezondheidsadviezen en interventie op risicofactoren meer voordelen dan nadelen heeft, een belangrijk aspect. Bij invoering van preventieve activiteiten vereist dit aandacht.

Veel huisartsen worstelen met dit probleem. Bij het uitnodigen van patiënten, of dat nu schriftelijk of mondeling zal zijn, worden hoge eisen gesteld aan de voorlichting omtrent doel en inhoud van dit preventieconsult. Facetten als persoonlijke druk door de huisarts en sociale druk van de omgeving dienen uiterst zorgvuldig gewogen te worden. Belang-

rijk in dit verband zijn de regels zoals die zijn vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie van 1990. Het onnodig medicaliserende effect moet worden vermeden, maar lijkt gering indien de preventie door de huisartspraktijk wordt uitgevoerd. Valse geruststelling bij het niet vinden van aandoeningen of risicofactoren mag niet plaatsvinden. Verontrusting bij aandoeningen die niet therapiegevoelig zijn, is een ander probleem dat tact en wijsheid van de huisarts vereist.

De componenten van het preventieve consult zijn niet voor iedereen dezelfde: individuele facetten worden bepaald door de gegevens van de integrale benadering van de patiënt, dus door de psychische, sociale en somatische aspecten.

Met nadruk wil ik stellen dat er geen situatie "van de wieg tot het graf onder medisch regime" dient te ontstaan. Onder deze titel publiceerde Hans Achterhuis een artikel in NRC Handelsblad naar aanleiding van zeggenschap van artsen over beslissingen over levensmoeheid en ondraaglijk lijden.¹⁰ Hij plaatste terecht vraagtekens bij de voortschrijdende medicalisering. Hiertoe zou men ook de invoering van een preventief gezondheidsonderzoek kunnen rekenen. Het woord 'regime' roept bij mij een negatieve associatie op: het is niet de arts die uit is op dwingelandij in enige vorm, het is de maatschappij die vindt dat de huisarts in de meest uiteenlopende zaken gekend moet worden en daarin handelend moet optreden. Men zou zich kunnen afvragen of het juist is dat de maatschappij zoveel taken op niet-medisch terrein afwentelt op de arts.

Literatuur

1. Rose G. - *Preventive strategy and general practice*. Editorial. *Br J Gen Prac* 1993 (43); 369,138-9.
2. Muskens JB. - *Het beloop van dementie. Een exploratief longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk*. Nijmegen: Academisch proefschrift, 1993.
3. *Gezondheid als uitgangspunt. - Nota 2000 in het kort*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
4. NHG Werkgroep Preventie. - *Conceptvoorstel inzake preventie in de huisartspraktijk*. Utrecht, 1992.
5. Bruin NJM de, Prins A, Bickel BCJ. - *Cervixscreening in huisartspraktijken*. *Med Cont* 1990;(45)43:1277-9.
6. Schraven DLM, Hoogen H van den, Gerwen W van, Ree JW van. *Het RIFOH-huisartsenproject nader beschouwd. - Nederlands Huisartsen Genootschap - Nijmegen: Nijmeegs Huisartsen Instituut*. 1986.
7. Prins A. - *Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker*. *Med Cont* 1993(48);17:537-9.
8. Haan J de. - *De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk*. Nijmegen: Academisch proefschrift, 1986.
9. Leenen HJJ. - *Handboek gezondheidsrecht. Gezondheidszorg en recht*. Alphen aan den Rijn: Samson, 1991.
10. Achterhuis H. - *Van de wieg tot het graf onder medisch regime*. NRC Handelsblad 14 mei, 1993.

Wensen en verlangens van de patiënt over zijn behandeling

“Respect voor de autonomie” is een van de fundamentele ethische beginselen van de medische praktijk. De arts c.q. de geneeskunde moet rekening houden met de wensen en verlangens van de patiënt, nadat deze uitvoerig geïnformeerd is over voor- en nadelen van diagnostiek, behandeling en chirurgische en/of medicamenteuze interventies.

In situaties waarin de patiënt als gevolg van ziekte of stoornis niet in staat is zijn mening kenbaar te maken, ontvalt de medicus een belangrijke mogelijkheid zijn beleid af te stemmen op de autonomie of zelfbeschikking van de patiënt. In dat geval kan de medische behandeling alleen worden gebaseerd op medische grondslagen, waarbij criteria gelden als: de verwachte effectiviteit van behandeling, de individuele prognose en de belasting door medische interventie in relatie tot het te bereiken doel.¹ Aldus een inleiding van een artikel waarin het Universitair Verpleeghuisarts Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam het levenstestament commentarieert van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie.² In dit artikel wordt aandacht gegeven aan het feit dat in het verpleeghuis veel patiënten verminderd beslisvaardig zijn. Dit is ook zo in de geriatische praktijk van de huisarts. Familieleden en relaties van de patiënt kunnen de huisarts dan helpen bij zijn meningsvorming over het te volgen beleid. Zij hebben echter geen beslissingsbevoegdheid. Veel beter is het natuurlijk als de arts van tevoren de wensen van de patiënt in het medisch dossier heeft opgenomen.

Recent werd ook aandacht gegeven aan het feit dat men in het ziekenhuis eigenlijk bij elke ingreep met risico's tevoren het al dan niet te voeren reanimatiebeleid zou moeten bespreken met de patiënt. In de verpleeghuissituatie bleek dat bij 56% van de sterfgevallen medische beslissingen werden genomen, die bij 31% bestonden uit niet aanvangen of staken van therapie en bij 21% uit intensivering van symptomatische therapie. Bij 3,5% werd behandeling toegepast die mede als doel had het levenseinde te bespoedigen, terwijl bij 0,4% sprake was van euthanasie.

Uiteraard zijn deze gegevens niet van toepassing op patiënten in de laatste levensfase thuis of in het ziekenhuis. Vergelijkbare gegevens zijn mij niet bekend, maar dat deze beslissingen ook buiten het verpleeghuis vaak genomen moeten worden is zeker. In onze praktijk vermelden wij dan ook in het dossier of een levenstestament aanwezig is. De weinige patiënten die een levenstestament opstellen, komen doorgaans uit een hogere sociale klasse. Zij hebben zelf het initiatief genomen hun wensen op een daartoe geëigend formulier te vermelden en dit in bezit te stellen van hun huisarts.

Natuurlijk is het niet zo dat een levenstestament een eenvoudige oplossing geeft voor problemen als wel of niet reanimeren, wel of niet naar het ziekenhuis, wel of geen antibiotica toedienen bij pneumonie, passieve of actieve euthanasie toepassen, etc. Zelfs niet als deze verklaring niet ouder is dan vijf jaar. Ook dient de patiënt te beseffen dat de interpretatie van zijn wilsbeschikking aan subjectiviteit onderhevig kan zijn. Hertogh cs. bepleiten dat huisartsen en verpleeghuisartsen zich buigen over een model van een zorgvuldig geformuleerd levenstestament ten behoeve van situaties waarin de patiënt wilsonbekwaam geworden is.³ Zij stellen de principiële vraag of het de taak van de arts is om patiënten te stimuleren hun wensen en verwachtingen voor de toekomst op schrift te stellen, bijvoorbeeld wanneer hij op medische gronden afname van de beslisvaardigheid verwacht. Zelf acht ik het beter om in het kader van het periodiek geneeskundig onderzoek van 60-plussers dit levenstestament steeds aan de orde te stellen bij allen en dit niet te beperken tot patiënten die vermoedelijk wilsonbekwaam zullen worden. Met het ouder worden neemt de kans op wilsonbekwaamheid bij iedereen toe. Wanneer wij

het levenstestament alleen aan de orde zouden stellen bij patiënten met een slechte prognose, zouden wij een onderbehandeling van het probleem levenstestament kunnen bewerkstelligen. Bovendien zijn er veel ouderen die bepaalde ingrijpende medische behandelingen niet meer willen ondergaan; ook ten aanzien van bepaalde soorten diagnostisch onderzoek en zelfs tegenover ziekenhuisopname staat men vaak afwijzend. Mogelijk kan men een protocol ontwerpen en uittesten met als vraagstelling "Hoe dient een levenstestament anno 2000 eruit te zien? Hoe denkt de patiënt over de systematische introductie van dit levenstestament in het medisch dossier?" De beantwoording van deze vraag zal sterk afhangen van de voorlichting door de huisarts over de huidige positie van de patiënt in de gezondheidszorg. De patiënt zal doordrongen moeten worden van zijn recht op deze informatie, zonder welke geen wilsbeschikking over zaken van diagnostiek en wel of niet behandelen mogelijk is.

Middels een passage in het 'permanente' deel van hun medisch dossier kunnen patiënten, voor ze eventueel incompetent worden, een 'overeenkomst' afsluiten betreffende levensverlengend handelen. Deze wilsbeschikking zou zowel het "tot het uiterste" doorbehandelen moeten benoemen, alswel de arts de bevoegdheid geven met een behandeling te stoppen. Ook andere beslissingen zal de arts, samen met de patiënt en aan de hand van diens 'permanente' medische standaardgegevens, meer weloverwogen en beter toetsbaar kunnen nemen.

Discussies waarin gesteld wordt dat artsen hun patiënten onvoldoende betrekken bij medische beslissingen omtrent het levenseinde, kunnen dan minder subjectief gevoerd worden. De mening van iemand als Griffith, die stelt dat in de huisartspraktijk medische beslissingen bij het levenseinde een "wild-west-gebeuren" vormen, kan dan beter bestreden worden.⁴ Gelukkig betreunde hij later in een medisch tijdschrift dit woordgebruik.

Literatuur

1. Leenen HJJ. - *Handboek gezondheidsrecht. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1988.*
2. Maas J van der, Delden JJM van, Pijnenborg L. - *Medische beslissingen om het levenseinde. Den Haag: SDU, 1991.*
3. Hertogh CMPM cs. - *Het nieuwe levenstestament van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Een commentaar van de verpleeghuisgeneeskunde. Med Cont 1992; 51/52:1532-4.*
4. Köhler cs. - *De dokter en de dood. NRC Handelsblad, 21 januari 1993.*

Nu zal ik enige veel voorkomende risicofactoren en afwijkingen op cardiovasculair gebied met u bespreken. Het zijn preventief te beïnvloeden verschijnselen. Dat ik begin met het verschijnsel hoge bloeddruk zal een deel van u niet verbazen.

Hoge bloeddruk

Verhoogde bloeddruk is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Te hoge bloeddruk leidt tot een versterkte pompfunctie van het hart en geeft een chronische druk-overbelasting. Behoudens bij de maligne vorm, die weinig voorkomt, is het een symptoomloze aandoening. De voordelen van medicamenteuze interventie zijn aangetoond bij de primaire preventie van cerebrovasculaire aandoeningen en bij het hartinfarct. Toch is de vermindering van ischemische hartziekten door behandeling van hoge bloeddruk sterk beneden de verwachting gebleven.

In mei 1992 werd in The New England Journal of Medicine een beschouwing gewijd aan de resultaten van een meta-analyse van veertien onderzoeken met in totaal 37.000 personen. Deze onderzoeken, die gemiddeld vijf jaar duurden, bestudeerden de effecten van antihypertensieve therapie op het risico van beroerten en kransslagvataandoeningen.¹

De diastolische bloeddruk van de medicamenteus behandelenden was 5-6 mm Hg gedaald. Een gemiddelde daling die we ook in onze eigen praktijk bereikten. In de veertien onderzoeken daalde de sterfte door hart- en vaataandoeningen met 21%, de incidentie van het hartinfarct met 17% en de incidentie van beroerten met 42%. De vermindering van het optreden van het myocardinfarct was slechts de helft van de reductie die verwacht werd. Overigens is in andere onderzoeken wel aangetoond dat de gemiddelde infarctgrootte, die medebepalend is voor de uiteindelijke prognose van de hartfunctie, gunstig wordt beïnvloed door hypertensiebestrijding.

Voor de teleurstellende resultaten wat betreft het optreden van myocardinfarct zijn er verschillende mogelijke oorzaken. Wellicht is de observatieduur van vijf jaar te kort: het kan immers vele jaren duren eer de chronische effecten van hypertensie, bijvoorbeeld op de linker ventrikel, verdwenen zijn. Mogelijk wordt een deel van het voordeel teniet gedaan door negatieve effecten van de gebruikte medicamenten. Zo beschreef Hoes in zijn dissertatie van 1992 een oversterfte door niet-kaliumsparende diuretica bij patiënten met hypertensie, voornamelijk in de eerste maanden van de therapie.²

In de Standaard Hypertensie van het NHG wordt geadviseerd in ieder geval bij mannen van 55-65 jaar de bloeddruk te meten indien dit de laatste drie jaar niet gedaan is.³ Meting wordt eveneens aangeraden bij patiënten met andere indicaties, bijvoorbeeld wanneer zij een hartinfarct hebben gehad, suikerziekte hebben of als er andere comorbiditeit bestaat. In de NHG Standaard Hypertensie wordt geen speciale aandacht geschonken aan hypertensie bij ouderen.

Interventie-onderzoeken bij ouderen⁴⁻⁸ met systolische en/of diastolische hypertensie hebben resultaten opgeleverd die aanpassing van de Standaard noodzakelijk maken, met name in verband met de hoge cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit in deze leeftijdsgroep. In de Nederlandse Standaard blijft eveneens de geïsoleerde systolische hypertensie (systolische tensie hoger dan 160 mm Hg en diastolische bloeddruk lager dan 95 mm Hg) buiten beschouwing.

Inmiddels is bekend dat geïsoleerde systolische hypertensie een sterkere voorspellende waarde heeft voor het optreden van cardiovasculaire aandoeningen, vooral voor cerebrale gevolgen, dan de diastolische bloeddrukverhoging.

In The Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP Hypertension) werden personen van 70-84 jaar met een diastolische bloeddruk van minstens 90 mm Hg (gemiddelde bloeddruk systolisch 195 mm Hg en diastolisch 102 mm Hg) behandeld met een diureticum, bètablokker of een placebo. Een gemiddelde bloeddrukdaling van 20 mm Hg systolisch en 8 mm Hg diastolisch verminderde het aantal cerebrovasculaire accidenten met 47% en het aantal cerebrovasculaire stoornissen met 40%.

In The Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) bestudeerde men de effecten van interventie van systolische bloeddruk van gemiddeld 170 mm Hg en diastolisch gemiddeld 77 mm Hg tot reductie van systolisch 160 mm Hg of lager. Het betrof 60-plussers. Cerebrovasculaire aandoeningen werden verminderd met 37% en cardiovasculaire accidenten met 32%.

De conclusie luidde: behandeling van 33 patiënten met geïsoleerde systolische hypertensie gedurende vijf jaar voorkomt één cerebrovasculair accident en twee cardiovasculaire accidenten.

De betekenis van hypertensiebestrijding bij ouderen wordt nog aanzienlijk groter indien men ook aandacht besteedt aan de andere cardiovasculaire risicofactoren als roken, overgewicht, hypercholesterolemie en lichamelijke inactiviteit. Clustering van cardiovasculaire risicofactoren komt bij ouderen veel voor.

In april 1993 publiceerde The British Hypertension Society nieuwe richtlijnen voor de behandeling van hypertensie.⁹ Organisaties als The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in de USA, The World Health Organisation en The International Society of Hypertension deden eveneens voorstellen voor verandering. Een belangrijke wijziging met betrekking tot oudere patiënten is onder andere de aanbeveling ook in staande positie te meten in verband met de kans op hypotensie. Opmerkelijk is dat behandeling met medicamenten bij ouderen wordt geadviseerd bij een diastolische bloeddruk hoger dan 90 mm Hg en bij jongeren hoger dan 100 mm Hg. Bij aanwezigheid van andere risicofactoren wordt bij jongeren ook de grens van 90 mm Hg aangehouden.

Ook in de Nederlandse Standaard wordt aangegeven dat behandeling van hypertensie bij personen ouder dan 80 jaar niet goed geëvalueerd is. Het stoppen van ooit begonnen medicatie wordt ook bij hen afgeraden bij bestaande waarden boven 160 mm Hg systolisch of 90 mm Hg diastolisch.

Behandeling van geïsoleerde systolische hypertensie wordt sterk aanbevolen. Wat betreft de eventuele medicamenteuze hypertensiebehandeling¹ was de Engelse hypertensiegroep verdeeld over eventuele toepassing van nieuwere middelen als ACE-remmers en calciumantagonisten als middel van eerste keus bij het ontbreken van contra-indicaties hiervoor.

Uit deze gegevens blijkt dat therapeutisch nihilisme bij hypertensie bij ouderen niet te verdedigen is. Integendeel, er komen steeds meer argumenten om de grenswaarde waarbij men behandeling start, bij ouderen lager te stellen dan bij jongeren. Veel onderzoek is nog nodig. Onnodig behandelen moet worden voorkomen. Het nut van ambulante bloeddrukmeting moet nog worden onderzocht.

Ik hoop u duidelijk te hebben gemaakt dat behandeling van hypertensie bij ouderen en met name de keus van medicamenten door de veel voorkomende comorbiditeit een moeilijk beslissingsproces is, dat tijd vergt.

Literatuur

1. Manson JE, Heather Tostesow PH, Ridder PM, et al. - The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 326:1406-13.
2. Hoes AW. - Non potassium sparing diuretics and sudden cardiac death in hypertensive patients. A pharmacoepidemiologic approach. Rotterdam: Academisch proefschrift, 1992.
3. Rutten GEHM, Thomas S (red.). - NHG-standaarden voor de huisarts. Standaard: Hypertensie (m 17), 155-67. Utrecht, Bunge, 1993.
4. Amery A, Birkenhäger WH, Brucko P, et al. - Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial. *Lancet* 1985; 1:1349-54.
5. Coope J, Warrender TS. - Randomised trial of treatment of hypertension in elderly patients in primary care. *Br Med J* 1986; 293:1145-51.
6. Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Wester PO. - Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338:1281-5.
7. MRC Working Party. - Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *Br Med J* 1992; 304:405-12.
8. SHEP Cooperative Research Group. - Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results from the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-64.
9. Sever P, Beevers G, Bulpitt C, et al. - Management guidelines in essential hypertension: report of the second working party of the British Hypertension Society. *Br Med J* 1993; 306:983-7.

Een tweede cardiovasculair verschijnsel bij ouderen dat ik met u wil bespreken is de onregelmatige hartslag.

Hartritmestoornissen

Naarmate mensen ouder worden, komen ritmestoornissen vaker voor. Zo vonden we in onze eigen praktijk 48 patiënten met atriumfibrilleren.¹ Deze patiënten maakten 4,2% uit van het aantal 60-plussers. Atriumfibrilleren is een typische ouderdomsaandoening, die geen klachten hoeft te geven en vaak bij toeval wordt ontdekt. Vaak is het een gevolg van bijvoorbeeld een klepbeschadiging, maar ook komt atriumfibrilleren voor bij patiënten met andere ziekten. De primaire oorzaak van het atriumfibrilleren of een reeds aanwezige andere ziekte veroorzaken zoveel klachten dat de bij atriumfibrilleren passende verschijnselen als vermoeidheid bij inspanning onopgemerkt blijven.

Bij onderzoek in onze praktijk bleek bij vier van de 48 ouderen met atriumfibrilleren geen cardiovasculaire comorbiditeit of primaire oorzaak bekend te zijn. Dit aantal patiënten in een groepspraktijk van drie artsen is laag, maar als de cijfers representatief zijn, zou Nederland tien- tot vijftienduizend van dergelijke patiënten tellen.

Tot voor kort beschouwde de huisarts atriumfibrilleren bij ouderen niet als een ernstig probleem, maar als een ouderdomsverschijnsel waarmee te leven viel. Vooral als de polsnelheid acceptabel was en de patiënt geen klachten uitte.

Waarom is het belangrijk atriumfibrilleren op te sporen en eveneens preventieve maatregelen te nemen?

Door stolselvorming in het hart en stolsels die zich verplaatsen via de circulatie kan atriumfibrilleren leiden tot een cerebrovasculair infarct of tot een accident in een ander orgaan. Het herseninfarct komt bij ouderen met atriumfibrilleren wel vijfmaal vaker voor dan bij leeftijdgenoten zonder fibrilleren. Een herseninfarct belemmert iemand ernstig in zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). En juist de ADL-score is bij ouderen de belangrijkste factor voor het ontvangen van hulp bij zelfstandig wonen. Bovendien is deze ADL-score de belangrijkste indicator tot opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Ook bij eventuele ziekenhuisopname is de ADL-score een sterk voorspellende factor voor het resultaat van een behandeling.

Des te langer het atriumfibrilleren bestaat, des te groter is de kans op embolieën. Ook daarom is vroege opsporing van atriumfibrilleren vereist. Antitrombotische profylaxe en bijstelling van het hartritme kunnen de kans op complicaties verminderen. De te nemen maatregelen kunnen bestaan uit orale antistolling of bloedplaatjesaggregatieremming.² Niet geheel zeker is of orale antistolling of bloedplaatjesaggregatieremming door aspirine in lage dosering bij ouderen toegepast moet worden. Zeker bij ouderen met bijvoorbeeld evenwichtsstoornissen en de grotere kans op vallen (met bloedingen), is orale antistolling een groot probleem. Ongerustheid over bloedneuzen, bloed in de urine, blauwe plekken etc., kunnen de kwaliteit van leven nadelig beïnvloeden en leiden tot diagnostisch onderzoek.

In de Verenigde Staten wordt een grootschalig onderzoek gedaan naar de effecten van beide vormen van therapie. Bij het NHG wordt de laatste hand gelegd aan de Standaard, die de Nederlandse huisarts richtlijnen geeft voor verantwoord handelen bij chronisch en paroxysmaal atriumfibrilleren.

Een periodiek preventief gezondheidsonderzoek bij ouderen kan ritmestoornissen voor een belangrijk deel opsporen en geeft gelegenheid tot therapeutisch handelen. Het

eerder genoemde aanvaarden van kwalen bij ouderen is niet in overeenstemming met ons huidige niveau van kennis en mogelijkheden.

Literatuur

1. Dalsen CL van, Dalsen-Tirions MJD van, Prins A. - Atriumfibrilleren bij ouderen in een huisartspraktijk te Krimpen a/d IJssel. *Hart Bull* 1993; 24:141-4.
2. Peterson P, Boyse G, Godfredsen J, Andersen ED, Andersen B. - Placebo, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation: The Copenhagen AFASAK Study. *Lancet* 1991;175-9.

Na deze twee cardiovasculaire risicofactoren wil ik twee zintuigfuncties met u bespreken die voor ouderen van eminent belang zijn.

Het gezichtsvermogen

Deelname aan het verkeer, lezen en televisie kijken, zijn voorbeelden van bezigheden die de kans op zelfstandig wonen vergroten. In Nederland bestaat onvoldoende inzicht in de mate waarin oogproblemen in de bevolking voorkomen.¹ Het beleidsplan voor de oogzorg "De toekomst voor ogen" van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap vermeldt dat 50% van de patiënten met diabetische retinopathie én 50% van hen met een verhoogde oogdruk nog geen oogheelkundige controle ontvangt.

Medisch-technologische ontwikkelingen bij het specialisme oogheelkunde maken meer effectieve secundaire preventie mogelijk. Eén van de onderdelen van een gezondheids-onderzoek bij ouderen moet zijn: beoordelen of de patiënt naar de oogarts verwezen moet worden.

Voor goede oogheelkundige zorg en optimaal gebruik van beschikbare oogartsen dient de huisarts zelf, of de optometrist, een refractiebepaling te verrichten. Het gezondheids-onderzoek en het tijdens dit onderzoek geoptimaliseerde medische dossier kunnen leiden tot de juiste beslissing iemand al dan niet naar de oogarts te verwijzen. Een overzicht van relevante aandoeningen en een opsomming van de door de patiënt chronisch gebruikte medicatie levert de oogarts tijdwinst op en bevordert de kans op goede therapie.

Op de in de verwijsbrief genoemde hulpvraag dient de oogarts een schriftelijk antwoord aan de huisarts te sturen. Het gebruik van een elektronisch medisch dossier door de oogarts, met de mogelijkheid tot het maken van een gestandaardiseerde specialisten-brief, kan kwaliteitsbevorderend werken. Voorschrijven van geneesmiddelen, zeker van niet-lokaal werkende geneesmiddelen, zou de oogarts via advisering aan de huisarts moeten regelen. Nader onderzoek door bijvoorbeeld een universitaire afdeling oogheelkunde en huisartsgeneeskunde kan bouwstenen leveren voor een betere hulpverlening door huisarts en oogarts.

Literatuur

1. *Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. - Beleidsplan voor de oogzorg in Nederland. De toekomst voor ogen. 1992.*

Het gehoor

Gehoorstoornissen komen bij ouderen frequent voor; ze worden door de patiënt vaak ontkend en door de huisarts niet onderkend. De meest voorkomende gehoorstoornis bij ouderen is presbycusis. Deze vorm van doofheid komt beiderzijds voor en is progressief van karakter. Slechthorendheid en doofheid kunnen leiden tot communicatieproblemen, sociale isolatie en depressie. Met de toonaudiometer kan tijdens het gezondheidsonderzoek het functioneren van het gehoor redelijk worden onderzocht. Otoscopie en eventueel cerumenverwijdering dienen eerst plaats te vinden. In een onderzoek in onze praktijk vonden wij bij patiënten van 60 jaar en ouder bij 37% gehoorstoornissen.¹ Ruim 64% van de patiënten met geregistreeerde verminderde gehoorfunctie had klachten van de gehoorfunctie. Echter, 21% van hen met een normaal toonaudiogram klaagde eveneens over gehoorstoornissen. Het gehooronderzoek bij ouderen kan leiden tot verwijzing naar de specialist en tot aanschaf van een gehoorapparaat. Soms is afwachten en blijven controleren in eerste instantie voldoende. Zeker is dat in veel gevallen adequate interventie de kwaliteit van leven sterk verbetert.

Literatuur

1. Abutan BB, Hoes AW, Dalsen CL van, Verschuure J, Prins A. - Prevalence of hearing impairment and hearing complaints in older adults: a study in general practice. (Aanvaard voor publikatie in Fam Pract).

Na het belang van preventie geschetst te hebben aan de hand van vier voorbeelden van lichamelijk bepaalde gezondheidsdeterminanten, vraag ik uw aandacht voor de verbetering van het medisch dossier als onderdeel van een beter preventiebeleid.

Verbetering van het dossier als onderdeel van beter preventiebeleid

Rond de eeuwwisseling diende het geheugen als medisch dossier. Omstreeks 1914 werd medische archiefvorming in Amerikaanse ziekenhuizen als noodzakelijk beschouwd. Voor de Nederlandse huisarts, die ieder op zijn eigen manier in zekere mate een medisch dossier bijhield, was de introductie van de 'groene patiëntenkaart' van het NHG een goede stap in de richting van een meer systematische en daardoor overzichtelijke gegevensregistratie.

Naar het gebruik van de patiëntenkaart, de volledigheid, de overzichtelijkheid, etc., is in de afgelopen 25 jaar veel onderzoek verricht. Men kan er de jaargangen van Huisarts en Wetenschap van de laatste decennia op naslaan. Het totale beeld is weinig bemoedigend. Noch voor goede patiëntenzorg, noch voor onderzoeksvraagstukken voldoet deze handgeschreven kaart in de toekomst.

Meyboom, die onderzoek deed naar verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen, interviewde patiënten met behulp van een vragenlijst.¹ Hij onderzocht onder andere of door de patiënten genoemde aandoeningen bij de huisarts bekend waren en op de patiëntenkaart vermeld stonden. Tevens verrichtte hij bij patiënten een beperkt lichamelijk onderzoek om tot diagnoses te komen. Zo kon hij, per huisarts, een aantal aandoeningen achterhalen die niet of onvoldoende behandeld werden. Uit zijn onderzoek bleek dat in het medisch dossier gemiddeld 35% van de belangrijke ziekten onjuist was vastgelegd. Van operaties was in het verslagleggingssysteem gemiddeld 39% niet terug te vinden.

Ook de journaalgegevens, dat wil zeggen de gegevens die de huisarts bij elk consult dient te noteren, waren weinig consistent. Thans geeft de standaard Medische verslaglegging van het NHG duidelijk aan dat van elk consult een weergave dient plaats te vinden in het dossier.² Onlangs beschreven Hofstra e.a. de resultaten van een schriftelijke enquête over de mate van acceptatie en werkelijk toepassen van richtlijnen uit de standaard.³ Er blijkt een fikse discrepantie te bestaan tussen standaarddoelen en uitvoering. Zo staat de onderhoudsmedicatie slechts in 51% van de onderzochte casussen apart vermeld.

Een elektronisch medisch dossier zal het de huisarts (en specialist) veel gemakkelijker maken een optimaal dossier bij te houden, dat bovendien goed leesbaar is. De attitude van de arts ten aanzien van een goede registratie dient overigens ook positief te zijn. De huisarts of zijn medewerker zou het verslag van een gezondheidsonderzoek moeten doornemen met de patiënt om tekortkomingen en onjuistheden op te sporen.

Eén van de belangrijkste onderdelen van de verwijsbrief, de medische voorgeschiedenis, staat of valt met de beschikbare gegevens uit het patiëntendossier. Sinds we een elektronisch medisch dossier invoerden in onze praktijk, heeft onze verwijsbrief aan kwaliteit en bruikbaarheid gewonnen. Bij de uitnodiging tot een gezondheidsonderzoek zouden patiënten op de verslaglegging in het elektronisch dossier gewezen moeten worden. Tevens zou hen het inzien/bespreken van het dossier moeten worden aanbevolen. Het is bovendien een goede gelegenheid hen te wijzen op het feit dat de Wet Persoonsregistratie de patiënt in deze duidelijke rechten geeft.⁴ Bij het in onze praktijk door

Van Dalsen uitgevoerde gezondheidsonderzoek bij patiënten van 60 jaar en ouder werd dat “beschouwen” van het dossier zeer gewaardeerd.

Zorggever en zorgafnemer dienen actief samen te werken en zoals gezegd, ook de oudere patiënt is daar tegenwoordig vaak mondig en alert genoeg voor. Voor ouderen die op reis gaan kan het heel zinnig zijn een goed bijgehouden medisch dossier bij zich te hebben. Veel ouderen vragen hier om. Het ter beschikking stellen van het medisch dossier aan artsen die moeten adviseren over bijvoorbeeld huisvesting, opname in een verzorgingshuis, parkeervergunning, etc., kan bovendien veel werk besparen en tot een betere advisering leiden.

Literatuur

1. *Meyboom WA. - Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen. Nijmegen: Academisch proefschrift, 1991.*
2. *Nederlands Huisartsen Genootschap: - Standaard Medische Verslaglegging. Huisarts & Wetenschap 1990 (33); 3:114-7.*
3. *Hofstra ML, Grol RPTM, Meyboom WA. - Huisarts en verslaglegging. Med Cont 1993; 48:371-3.*
4. *Wet Persoonsregistratie. - Wet van 28 december 1988, houdende regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in verband met persoonsregistratie. Staatsblad 668.*

Medicatiebewaking

Patiënten van 65 jaar en ouder gebruiken ongeveer 30% van alle geneesmiddelen die in Nederland worden voorgeschreven.¹ Ongeveer één derde van deze leeftijdsgroep gebruikt geen geneesmiddelen, maar 17% gebruikt drie of meer geneesmiddelen.

Bij eigen onderzoek in de praktijk bleek van de 80-plussers 80% een geneesmiddel te gebruiken.² Hoewel het gebruik van meerdere geneesmiddelen, zeker bij hart- en vaatziekten, vaak nodig is, dient men te bedenken dat toename van het aantal geneesmiddelen kan leiden tot interacties en bijwerkingen met een ongewenst effect. Oudere patiënten zijn immers gevoeliger voor bijwerkingen.

Meyboom e.a. constateerden grote verschillen in de mate waarin huisartsen geneesmiddelen voorschreven aan ouderen.¹ Het percentage ouderen dat geen medicijnen gebruikte varieerde per huisarts tussen 27% en 43%. Het percentage ouderen dat drie of meer geneesmiddelen gebruikte varieerde tussen 20% en 37%. Over de reden van opname van ouderen in ziekenhuizen wordt vermeld dat ongeveer 10% van de opnamen veroorzaakt zou zijn door wandosering van geneesmiddelen.

In ons eigen oriënterend onderzoek naar geneesmiddelengebruik bleek dat van de patiënten van 75 jaar en ouder, 20%-30% de doseringsvoorschriften niet goed opvolgde. Zeker bij veelvuldig voorgeschreven en relatief gevaarlijke geneesmiddelen als hartglycosiden, diuretica, anticoagulantia en antihypertensiva baart dat zorgen. Door zijn plaats in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem kan de huisarts in principe het geneesmiddelengebruik van zijn patiënten overzien en bewaken, mits ook de specialist zijn therapievoorschriften snel aan de huisarts doorgeeft. Dit is niet altijd het geval.

Recent constateerden wij in onze groepspraktijk dat een deel van het geneesmiddelengebruik zich onttrekt aan het oog van de huisarts.³ De huisartsen zelf schreven ruim twee derde van de geneesmiddelen voor. Zelfmedicatie kwam voor bij 20% van de onderzoekspopulatie, 7% kreeg geneesmiddelen van de specialist, die de huisarts hierover niet informeerde. Dit betrof vooral oogartsen en het ging daarbij niet uitsluitend over door hem voorgeschreven middelen met een zogenaamde lokale werking.⁴

In hetzelfde onderzoek vonden we dat polyfarmacie, hier omschreven als het gebruik van vijf of meer geneesmiddelen, relatief weinig voorkwam. Het beeld van de oudere, omgeven door medicijnverpakkingen, lijkt geen recht te doen aan de werkelijkheid.

Het schonen van het geneesmiddelengebruik is bij ouderen een nuttige investering van tijd. Zeker wat betreft de geneesmiddelen die worden voorgeschreven via herhaalrecepten. Zij maken in ons land een belangrijk deel uit van het totaal aantal recepten. Dijkers beschreef de resultaten van een onderzoek over herhaalrecepten.⁴ Het schrijven van herhaalrecepten is de meest voorkomende verrichting van de praktijkassistente. De meeste herhaalrecepten werden bij de assistente aangevraagd via de telefoon of door het inleveren van de lege verpakking. De tijd die de huisarts besteedde aan controle van de door de assistente gemaakte recepten, varieerde per dag van "kort" tot tien minuten. Bij geautomatiseerde praktijken werd bij elke herhaling het register van herhaalreceptuur geraadpleegd en geactualiseerd. Bij het ontbreken van een afzonderlijke registratie werd vaak geen notitie gemaakt. Zowel de assistentes als de huisartsen spraken over problemen als onnodig medicijngebruik, controle op therapietrouw en registratie.

Het is gewenst bij een periodiek gezondheidsonderzoek de eventueel gebruikte medicatie op zijn indicatie te onderzoeken. Oudere geneesmiddelen kunnen door moderne,

soms meer veilige middelen worden vervangen; een inventarisatie kan worden gemaakt van 'niet-recept-geneesmiddelen'. Bij het preventieve consult moet goede voorlichting worden gegeven over geneesmiddelengebruik. Daarna moet de chronische medicatie worden vastgelegd in het dossier. Een groot voordeel van een elektronisch informatie-systeem is dat de arts bij het schrijven van een recept wordt geïnformeerd over onjuiste doseringen. Het beheren en bewaken van het medicatiesysteem is mijns inziens de taak van de huisarts. Samenwerking met en hulp van de apotheker en liefst alleen advisering over medicatie door de specialist, kunnen leiden tot een beter en wellicht goedkoper prescriptiebeleid.

Hoewel het bekende slaapmutsje in de vorm van een alcoholconsumptie wellicht een betere remedie is dan een slaaptablet, dient ook bij ouderen geïnformeerd te worden naar problematisch alcoholgebruik. Speciaal moet gewezen worden op de verminderde tolerantie voor alcohol bij het ouder worden en op de interactie tussen geneesmiddelen en alcohol. De Standaard Problematisch Alcoholgebruik van het NHG geeft goede richtlijnen.⁵

Literatuur

1. *Meyboom-de Jong B, Ende J van der, Dijkema J. - Prescription for the elderly patient by the general practitioner. Allgemein Medizin 1989; 18:74-8.*
2. *Prins A, Nuis AH, Schruer BJM. - Voorschrijfgedrag bij de bejaarde. The Practitioner (Nederlandse uitgave) 1986;3,12,1127-31.*
3. *Dalsen CL van, Prins A. - Prevalentie geneesmiddelengebruik bij ouderen. Tijdschr Huisartsgeneesk 1992; (9)13:703-7.*
4. *Dijkers FW. - Het herhaalrecept. Verslag van een work-shop. Huisarts en Wetenschap 1992; 13:518.*
5. *Rutten GEHM, Thomas S (red.) - NHG-Standaarden voor de huisarts. Standaard: Problematisch alcoholgebruik. (M10),245-54. Utrecht, Bunge, 1993.*

Psychisch en sociaal dysfunctioneren

Depressies en dementie komen veel voor, zeker bij ouderen. Depressies bij mensen tussen 18 en 65 jaar hebben een prevalentie van 4-6%. Bij hoogbejaarden is de prevalentie ongeveer 20%. Depressies bij ouderen zijn sterk gerelateerd aan sociale factoren als eenzaamheid, bijvoorbeeld door verlies van partner, vrienden, etc., maar ook aan somatische problematiek.

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer, waarvoor waarschijnlijk verschillende oorzaken bestaan.¹ In haar proefschrift schat Van der Cammen de kans dat iemand dementie krijgt op 15-20%.

Nederlands onderzoek toonde aan dat dementie op basis van de ziekte van Alzheimer 50-70% van de dementen vormt. De prevalentie bedroeg 3,2% in de populatie van 70 jaar en ouder en 10,8% in de populatie van 80-89 jaar.²

Geheugenstoornissen komen in een vroeg stadium van de ziekte van Alzheimer voor, maar ze zijn niet specifiek voor Alzheimer. Ook andere ziekten gaan vaak gepaard met geheugenstoornissen. Hoewel de diagnostische methoden tot differentiëren tussen depressie en de ziekte van Alzheimer verbeterd zijn, blijft het bij ouderen soms moeilijk het verschil te onderscheiden.

Zonder periodiek geneeskundig onderzoek is vroege detectie van dementie voor de huisarts moeilijk doordat patiënten achteruitgang van geestelijke functies niet aan hem melden. Ook familieleden klagen hierover pas laat. Ondanks de hoge prevalentie van depressie en dementie bij ouderen concludeert Van der Cammen dat case-finding en screening slechts plaats dienen te vinden bij die patiënten bij wie verdenking op psychische afwijkingen bestaat. Evenals Jachuk³ meen ik dat het in het kader van een gezondheidsonderzoek bij ouderen wel gewenst is systematisch naar verschijnselen van dementie en/of depressie te zoeken. De huisarts is door zijn voorkennis van de patiënt goed in staat achteruitgang van het geestelijk functioneren te herkennen. Hem staan zo nodig specialistische diagnostiek via een regionale instelling voor geestelijke volksgezondheid of een geheugenpolikliniek van een ziekenhuis ter beschikking.

Vroege herkenning is belangrijk, omdat voorzieningen als gezinshulp, wijkverpleging en mantelzorg de patiënt en diens familie kunnen steunen. Dit kan de kwaliteit van leven verbeteren en het zelfstandig wonen bestendigen.

Muskens verrichtte een exploratief longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk over het beloop van dementie. Hij stelt: "De verdenking van een dementieel beeld dient zo vroeg mogelijk gemarkeerd te worden op de patiëntenkaart en in volgende consulten verder geëvalueerd te worden."⁴

Indien een patiënt zich aan controle onttrekt, is follow-up op initiatief van de huisarts nodig.

Voor depressies bestaan steeds meer interventiemogelijkheden. Anti-depressiva zijn verbeterd en hebben minder bijwerkingen. De oude opvatting dat behandelingsmogelijkheden bij psychische stoornissen bij ouderen van twijfelachtige waarde zijn, is nu te pessimistisch. Bovendien zijn somatische oorzaken als hart- en vaatziekten en schildklierandoeningen beter te diagnostiseren en te behandelen dan vroeger.

Literatuur

1. Cammen TJM van der. - *Diagnostic approaches and management; aspects of early dementia.* Rotterdam: Academisch proefschrift, 1991.
2. Rocca WA, Hofman A, Brayne, et al. - *Frequency and distribution of Alzheimer disease in Europe. A collaborative study of 1980-1990 prevalence findings.* *Ann Neurol* 1991 (30); 381-90.
3. Jachuk SJ. - *Depression and dementia screening and surveillance in general practice.* In: Hart CR, Burke P, eds. Churchill Livingstone, 1992.
4. Muskens JB. - *Het beloop van dementie.* Nijmegen: Academisch proefschrift, 1991.

Argumenten voor periodiek gezondheidsonderzoek bij ouderen

Hoewel de Nederlandse huisarts het grootste deel van zijn oudere patiënten enige malen per jaar ziet en bij die gelegenheid vaak aan preventieve aspecten aandacht schenkt, zijn deze curatieve contacten niet voldoende voor een uitgebreid gezondheidsonderzoek. Bij ouderen is vaak sprake van multiële morbiditeit; de gemiddelde consultduur van zo'n tien minuten biedt te weinig ruimte voor tijdovende aandacht voor de functionele gezondheidstoestand, welke een steeds belangrijker doelstelling van huisartsenhulp wordt. Tot nu toe geven de districtsgesondheidsdiensten onvoldoende - op ouderen toegesneden - voorlichting.

Een scheiding tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg is bij ouderen zeker niet goed. In veel landen behoort preventie in het algemeen vaker tot de taak van de eerste-lijns gezondheidszorg dan in Nederland.

De Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid van 25 mei 1990 geeft hiertoe in artikel 2 voldoende ruimte. Het feit dat primaire, secundaire en tertiaire preventie bij ouderen elkaar sterk overlappen en de gezondheidsdiensten zich vooral richten op primaire preventie, is mede debet aan het ontbreken van een goed preventiebeleid voor ouderen. In dit kader is het initiatief te prijzen van de GGD-Rotterdam, alwaar in 1993 een evaluatie-onderzoek is gestart naar gezondheidsvoorlichting voor ouderen. In dit onderzoek geven ouderen die daartoe een opleiding kregen, gezondheidsvoorlichting aan leeftijdgenoten.

Bij het gezondheidsonderzoek van ouderen dient gezondheidsvoorlichting veel aandacht te krijgen.

Het preventieve consult dient niet alleen gericht te zijn op lichamelijke ziekten. De effectiviteit ervan zal vooral moeten worden afgemeten aan de invloed op lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Voor screeningselementen die in het gezondheidsonderzoek worden ingebouwd, dienen de volgende criteria te gelden:

- de ziekte moet een ernstig gezondheidsprobleem opleveren;
- er moet een presymptomatische fase zijn, waarin men behandeling en het verloop van de ziekte met meer succes kan beïnvloeden dan tijdens de symptomatische fase;
- de patiënt moet de screeningsprocedure accepteren;
- de screeningstest dient genoeg sensitiviteit en specificiteit te hebben;
- de screeningsprocedure en daarop volgende eventuele behandeling moet kosten-effectief zijn.

McWhinney geeft deze voorwaarden goed weer in zijn "Textbook of Family Medicine".¹

Het nut van een periodiek gezondheidsonderzoek voor ouderen wordt in het Verenigd Koninkrijk sedert de jaren zestig bestudeerd. Deze evaluatieonderzoeken worden vooral nu weer veel uitgevoerd omdat sinds 1990 de Engelse huisarts verplicht is bij alle 75-plussers een jaarlijks gezondheidsonderzoek te verrichten. Deze verplichting lijkt voornamelijk om politieke redenen ingevoerd, zonder dat er duidelijke protocollaire richtlijnen bestonden over de inhoud van dit onderzoek. Over het nut ervan verschillen de huisartsen van mening. Van de patiënten blijkt meer dan 90% het nuttig te vinden. Wel werd aangegeven dat vooral functionele klachten en belemmeringen aandacht moesten krijgen. Verminderde mogelijkheden tot het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen leidden tot eerdere opnamen in instituten voor zorg en zijn de belangrijkste determinanten voor ziekte en dood.

Ik geef u hierbij, in willekeurige volgorde, de punten die volgens McWhinney bij ouderen aandacht moeten krijgen:

- zintuigfuncties, met speciale aandacht voor gehoor en gezichtsvermogen;
- mentale functies, met speciale aandacht voor depressie, dementie en verwardheid;
- de mogelijkheden tot lopen in- en buitenshuis;
- voedingsgewoonten;
- functies van bloedsomloop en ademhalingssysteem;
- algemene dagelijkse levensverrichtingen, koken, boodschappen doen, sociale activiteiten, familiebezoek, etc.;
- gevaren door bouw en inrichting van de woning;
- functioneren van darm en blaas;
- gebruik van medicamenten en alcohol.

De organisatie ter bevordering van het Nederlands Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) vraagt speciale aandacht voor validiteit en ouderdom. Deelonderwerp van onderzoek zijn validiteit en polyfarmacie, validiteit en voeding, validiteit en depressie en validiteit en bewegingsapparaat. Een deel van de noodzakelijke informatie voor een geslaagd gezondheidsonderzoek kan verzameld worden via een enquête. In Zuid-Wales werd een onderzoek verricht via een over de post gestuurde enquête aan 65-plussers, betreffende hun functionele omstandigheden. Gedurende drie jaar zijn de antwoorden geverifieerd en zo nodig werd interventie uitgevoerd. De controlegroep ontving geen vragenlijst en er werd geen interventie gepleegd.

In de interventiegroep was de sterfte lager. Het aantal opnamen in het ziekenhuis was gelijk, maar de opnameduur in de interventiegroep was korter. Het bezoek aan de huisarts was gestegen, het bezoek aan huis door de huisarts was verminderd. Verschil in kwaliteit van leven werd niet waargenomen, maar de gezondheidsbeleving was bij de interventiegroep beter.

In zijn proefschrift meldde Jacobs dat de effectiviteit van medische zorg bij ouderen, waaronder het gezondheidsonderzoek, verder onderzoek behoeft.² Hij gaf eveneens aandacht aan de toenemende complexiteit van zorg, veranderingen in de aangeboden morbiditeit, de lange tijd die nodig is om medische zorg te evalueren en het ontbreken van consensus over de kwaliteit van de zorg. Hij verrichtte onderzoek naar het aspect "kwaliteit van zorg bij specifieke buikklachten" en beschreef ontwikkeling en toepassing van meetinstrumenten die aspecten van gezondheid meten. Voor een deel van zijn onderzoek bleek The Sickness Impact Profile (SIP) geschikt voor het meten van kleine, maar belangrijke veranderingen in gezondheid-gerelateerde klachten van kwaliteit van leven. Overigens bestaan er ook andere meetinstrumenten voor toepassing bij preventieve activiteiten bij ouderen, zoals The Nottingham Health Profile (NHP).³

Onlangs publiceerden De Haan e.a. de evaluatie van de klinimetrische kwaliteiten van de Barthel-index.⁴ Deze index bleek een verantwoord instrument om ADL en mobiliteitsbeperkingen te meten bij patiënten die een cerebrovasculair accident hebben doorgemaakt. In 1993 werd in The British Journal of General Practice gemeld dat de meeste patiënten van 80 jaar en ouder positief stonden tegenover het periodiek geneeskundig onderzoek en dat veranderingen in het medisch dossier en het hulpverleningsproces nog al eens nodig waren.⁵

Ik hoop dat ik u duidelijk heb kunnen maken dat ik nog steeds sta achter één van mijn

stellingen bij mijn dissertatie van 1959. Deze had betrekking op het proefschrift van Van der Heide⁶ en luidde: "Er zijn argumenten die pleiten voor een onderzoek van gezonde mensen".

Literatuur

1. McWhinney IR. -- *A Textbook of medicine*. Oxford University Press, 1989.
2. Jacobs HM. *Health status measurement in family medicine research*. Utrecht: Academisch proefschrift 1993.
3. Kempen GJM van. - Het meten van de gezondheid van ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1992; 23:132-40.
4. Haan R de, Limburg M, Schuling J, et al. - Klinimetrische evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137, 18:917-21.
5. McIntosh IB, Power KG. - Elderly peoples views of an annual screening assessment. *Br J Gen Practice* 1993;43:189-92.
6. Heide RM. - *Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40-65 jaar oud*. Amsterdam: Academisch proefschrift, 1959.

Samenvatting

Ik hoop u duidelijk te hebben gemaakt dat het beter is preventieve activiteiten door huisartsen nu vooral te richten op ouderen. De huidige preventie bij jongeren kan gestabiliseerd of zelfs verminderd worden. De overheid zou zich moeten afvragen of de inzet van medisch en paramedisch personeel in jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgeneeskunde en de uitvoering van de Arbeidsomstandighedenwet wel in verhouding staan tot de behoefte aan preventieve zorg bij ouderen. Nu de overheid zich steeds meer terugtrekt uit de bemoeienissen met de volksgezondheid, zullen vooral de ziektekostenverzekeraars beter moeten inspelen op de wensen en behoeften van de verzekerden. Hierbij doel ik bijvoorbeeld op het preventieve consult, de bereidheid van mensen daarvoor premie te betalen en de bereidheid van huisartsen meer aan preventie te doen. Daarbij is meer assistentie, bijvoorbeeld in de vorm van een praktijkverpleegster, een absolute noodzaak.

Ik stel voor te beginnen met een tweejaarlijks preventief consult voor personen van 70 jaar en ouder. De zorgverzekeraars kunnen dit initiëren door aan hun verzekerden een coupon te sturen die recht geeft op een preventief consult door de huisarts. De coupon dient een aantal voor de arts verplichte aandachtspunten te vermelden en daarnaast voldoende ruimte te laten voor zaken die arts en patiënt belangrijk vinden. De door patiënt en arts getekende coupon vormt de basis voor de onkostenvergoeding van het preventieve consult. Analyse en evaluatie van een dergelijke nieuwe loot aan het gezondheidszorgbeleid dient bij invoering ervan geregeld te zijn.

Slotopmerkingen

Dames en heren,

Hiermee kom ik aan het einde van mijn betoog. Ik heb enkele voorwaarden geschetst waaraan huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen moet gaan voldoen. Hoewel huisartsgeneeskundige zorg alle leeftijdscategorieën en alle aspecten van ziekte omvat, is de zorg voor ouderen de uitdaging voor de toekomst. Voortdurende toetsing en evaluatie van doelstellingen zullen het gehele vak moeten bestrijken.

Ik wil allen die vanmiddag aanwezig zijn danken voor hun belangstelling.

Ik hoop en verwacht dat de huisartsen onder u ook in de toekomst hun onmisbare steun zullen geven aan de opleiding van basisartsen en huisartsen. Vele malen wordt op u een beroep gedaan om gastvrijheid te bieden aan studenten, co-assistenten, keuze-onderzoekers en artsen in opleiding tot huisarts. Uit ervaring weet ik hoe stimulerend onderwijs geven kan zijn, maar ook hoe belastend het is in de huisartspraktijk en voor het gezin.

Veel dank is deze Universiteit en zij die het onderwijs volgen u verschuldigd. Ik hoop dat Universiteit en Vakgroep Huisartsgeneeskunde u desgevraagd hulp kunnen bieden bij onderzoek dat u, bijvoorbeeld wegens gebrek aan tijd, zelf of als huisartsengroep niet alleen kunt doen. Voorbeelden hiervan zijn gelukkig reeds aanwezig.

Dames en heren studenten en basisartsen, het onderwijs en de scholing vanuit de huisartsgeneeskunde is een basis die onmisbaar is voor het uitoefenen van goede, gespecialiseerde geneeskunde, waartoe ook de huisartsgeneeskunde behoort. Slechts vanuit die tak der geneeskunde kunt u patiënten behandelen met klachten en aandoeningen die niet passen in enig specialisme.

Het feit dat de huisartsgeneeskunde één van de kerndisciplines zal vormen voor de opleiding tot basisarts en de bepaling dat in de toekomst een driejarige opleiding tot huisarts noodzakelijk is, geven aan dat de maatschappij bereid is te investeren in een goede huisartsgeneeskunde.