

Gemiste mogelijkheden thuis*

DOOR E. VAN WESTREENEN, ARTS TE HILVERSUM**

Het uitoefenen van een sociaal-geneeskundige functie geeft aan de arts die in de periode daarvoor een aantal jaren huisarts is geweest, de mogelijkheid met enige distantie achterom te zien en op deze wijze tekortkomingen te signaleren in de wijze waarop hij heeft gewerkt, die anders voor hem wellicht moeilijker te ontdekken zouden zijn geweest. Dit zal in dit bestek vooral worden gedaan ten aanzien van de behandeling van bejaarde patiënten in het kader van het open bejaardenwerk. Met dit laatste wordt bedoeld het geheel aan extramurale zorg hetgeen ten doel heeft het voorkómen van institutionalisering en het behoud van zelfstandigheid.

Indien wordt gesproken over voorkómen, dan denken wij onwillekeurig aan het begrip preventie, dat in het algemeen in dit verband een iets andere betekenis heeft dan gewoonlijk eronder wordt verstaan. In de loop der jaren heeft het begrip preventie terecht een belangrijk brede betekenis gekregen. De primair-preventieve taak van de huisarts speelt zich voornamelijk af in de sfeer van zuigelingen- en kleuterzorg, zwangerschapscontrole en inenting. Deze taak vermindert sterk in betekenis bij het ouder worden van de patiënt. Secundaire preventie is ook voor bejaarden belangrijk: hieronder wordt immers het vroegtijdig herkennen van ziekten verstaan, zodat een tijdig ingestelde behandeling verder onheil kan voorkomen, zoals het cytologische onderzoek bij de opsporing van cervixcarcinoom.

Minder bekend is het begrip tertiaire preventie, waaronder men verstaat het voorkómen van vermijdbare invaliditeit door vroegtijdige behandeling van ziekten die zonder actieve therapie snel tot chronische hulpbehoevendheid leiden. Veelal wordt de huisarts pas geroepen bij volkomen vastgelopen situaties, waaraan weinig valt te verhelpen. Men zal zich moeten bezinnen op de vraag in hoeverre hieraan iets kan worden gedaan.

Vooropgesteld zij dat bovengenoemde driedelige preventieve taak van de huisarts niet moet worden geïnterpreteerd als een verschuiving van zijn werkterrein of iets dergelijks. Men leest of hoort nogal eens wonderlijke opvattingen over de toekomstige taak van de huisarts, meestal gecreëerd door schrijfkamergeleerden die nooit de algemene prak-

tijk hebben uitgeoefend. De „huisarts-nieuwe-stijl” zou veel minder behandelend arts moeten zijn, hij zou zich moeten toelagen op het begeleiden en adviseren van de aan zijn zorg toevertrouwde gezinnen.

De onderzoeken, die *Bremer en Van Westreenen* destijds in hun praktijken hebben gedaan en waarbij onder meer van een groot aantal arts-patiënt-contacten werd nagegaan of deze overwegend curatief of preventief waren, leverde een ruime meerderheid op voor de curatieve werkzaamheden, namelijk meer dan 80 procent. Zoals bij elk kwantitatief schematiserend onderzoek bleek ook hier dat de scheiding in wat nu precies overwegend preventief of overwegend curatief contact moest worden genoemd, heel moeilijk viel te trekken; hierop heeft *Van Goor* ook al gewezen. Wij zijn van mening dat dit nu juist het unieke van de huisartssituatie weergeeft en eigenlijk een groot voordeel moet worden genoemd.

Tijdens de vele ontmoetingen met patiënten welke de huisarts dagelijks heeft, kan hij voortdurend preventief werk doen, bijvoorbeeld op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Geroepen voor een pneumonie kan men bij een huisbezoek ook ongevraagd adviezen geven over een veiliger inrichting van de woning ter voorkóming van ongevallen of bijvoorbeeld wijzen op de waarde van het zoveel mogelijk actief blijven door zelf boodschappen te doen enzovoort. Al zijn wij het erover eens dat de huisarts er in het algemeen „vroeger bij moet zijn”, het is nog niet zo eenvoudig aan te geven, hoe hij dat dan het beste kan verwezenlijken. Van de kant van de patiënt zelf en zijn of haar familie moeten wij niet al te veel verwachten, omdat zij te snel een situatie als onvermijdelijk en behorende tot de te verwachten „kwaaltjes van de oude dag” beschouwen. Er zijn weliswaar verschillende methoden aangegeven om in een vroeg stadium ziekten en afwijkingen op te sporen, maar de moeilijkheid is dergelijke activiteiten onder te brengen in de dagelijkse routine zonder dat een en ander zoveel van de werkkracht vergt dat wat eens enthousiast is begonnen, al spoedig wordt gestaakt wegens tijdgebrek.

Niet voor niets stranden te perfectionistisch opgezette periodieke geneeskundige onderzoeken op dit punt. De weg welke *Fuldauer* heeft aangegeven lijkt mij zeer de moeite waard, maar ik vrees dat deze alleen tot praktische resultaten zal leiden indien de artsen die deze weg willen bewandelen, een even groot enthousiasme en doorzettingsvermo-

* Voordracht gehouden tijdens de cursus geriatrie voor huisartsen in het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum, 1966-'67.

** Destijds adjunct geneesheer-directeur van het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum.

gen weten op te brengen als de onderzoeker die een dergelijk onderzoek verrichtte in het kader van een dissertatie. Hoe men een dergelijk preventief geriatrisch onderzoek ook wil opzetten en uitvoeren, de huisarts zal hierbij zijn zo graag ingenomen afwachtende houding moeten laten varen. In het algemeen kunnen wij de stelling onderschrijven dat het de patiënt zelf is die beslist patiënt te zijn. De arts mag zijn hulp niet opdringen, tenzij de falende of klagende mens die over zijn geestvermogens beschikt, hiertoe zelf het initiatief neemt. Onzes inziens geldt dit echter niet voor bejaarde patiënten of hun familieleden, die zich vaak maar al te gemakkelijk neerleggen bij zogenaamde ouderdomskwalen die onvermijdelijk zouden zijn, kwalen waar de dokter toch immers ook niets meer aan kan doen.

Voor een deel zijn wij zelf schuld aan deze situatie. Hoe vaak verbergen wij onze eigen onkunde niet met verderfelijke dooddoeners zoals „slijtage” en „Ja, ja, u bent geen twintig meer!” Er zijn zowel bij de patiënt als bij de arts motieven om de behandeling op oudere leeftijd onvoldoende integraal te doen verlopen. Oudere mensen hebben bovendien vaak angst voor de specialist en voor het ziekenhuis. Daar is, gezien de weinig positieve instelling van vele ziekenhuisspecialisten, ook alle reden voor. Bij de huisarts is veelal sprake van een onbewuste afweer tegen de eigen ouderdoms- en eindigheidsproblematiek; een agressieve en weinig toegankelijke houding ten aanzien van alles wat met ouder worden heeft te maken, kan hiervan het gevolg zijn.

Een en ander leidt ertoe dat bijvoorbeeld in geval van obstipatie bij een zeventigjarige dikwijls wordt volstaan met het symptomatisch afhandelen via een recept zonder meer. De overbezette huisarts zegt dan in een dergelijk geval nogal eens: „Als het niet overgaat hoor ik het wel van u”. Vaak gaat het inderdaad niet over, maar de dokter wordt niet meer „lastig gevallen” want het „hoort nu eenmaal bij de leeftijd”. Wanneer dan tenslotte weer een beroep op de dokter wordt gedaan, moet deze met spijt constateren dat hij een rectumcarcinoom in een veel te laat stadium heeft onderkend.

Tijdens het eerder genoemde onderzoek van *Bremer en Van Westreenen* bleek deze houding ten aanzien van bejaarden ook duidelijk aantoonbaar. Was het gemiddelde percentage van patiënten-contacten bij wie een onderzoek plaatsvond 60 procent, bij patiënten boven de 65 jaar bedroeg dit slechts 46,5 procent. Vergelijken wij dit percentage met het procentuele gebruik van medicamenten, dan zien wij dat dit bij bejaarden in 57 procent van de gevallen door de huisarts werd gestimuleerd of tenminste getolereerd. Dit percentage is aanzienlijk hoger dan het gemiddelde percentage voor alle leeftijdsgroepen tezamen 39 procent.

Het is verleidelijk een samenhang tussen deze twee verschijnselen aan te nemen in die zin, dat wij

geneigd zijn onze bejaarde patiënten na een enkelvoudig onderzoek langdurig en bij herhaling medicamenten voor te schrijven. Vele van deze contacten betreffen namelijk het itereren van eenmaal voorgeschreven geneesmiddelen. Het onderzoek van bejaarden roept zowel bij de arts als bij de patiënt bepaalde weerstanden op. De laatste heeft er op het spreekuur meestal „niet op gerekend” terwijl het langdurige aan- en uitkleden tijdens een druk spreekuur ook niet bepaald stimulerend op het onderzoek werkt. In deze gevallen is het maken van een aparte afspraak zeker gewenst. Bij huisbezoeken kan een nieuwe datum worden afgesproken. De patiënt kan dan uitgekled in bed blijven liggen zodat een onderzoek gemakkelijk kan plaatsvinden.

Dat bij een onvolledig onderzoek en daarop aansluitende insufficiënte therapie thuis kansen worden gemist, moge aan de hand van het volgende voorbeeld worden verduidelijkt.

Voor een zeventigjarige ongehuwde vrouw werd opname aangevraagd in het ziekenhuis Zonnestraal op de afdeling geriatrie en reactivering, wegens enige weken bestaande en toenemende klachten van paresthesiën en krachteloosheid in de benen. Zoals te doen gebruikelijk werd zij ter beoordeling van de opname-aanvraag thuis bezocht door de geriater en de maatschappelijke werkster. Aan hun rapporten ontleen ik het volgende: Patiënte heeft twee villa's gehuurd die zij weer onderverhuurt aan circa tien mensen. De onderhuur is laag, in ruil waarvoor de inwonenden patiënte wat helpen bij de huishouding. Niettegenstaande dat dit ook wel gebeurt, is het in de kamer van patiënte een enorme bende. Zij is de laatste tien dagen niet van bed afgeweest. Alles wat zij nodig had, was om haar heen uitgestald. Eten deed zij heel slecht, meestal weigerde zij het voedsel. Patiënte was wel aanspreekbaar, echter zo nu en dan wel in de war. Zij zag erg bleek. De beide benen vertoonden een grove ataxie, het is haar niet mogelijk te staan. Op grond hiervan werd tot een zo spoedig mogelijke opname besloten.

In het ziekenhuis werd de anamnese uitgebreider opgenomen. Hierbij bleek dat patiënte wel eens braakte, sterk was afgevallen en ook last had van hartkloppingen en dyspnoe d'effort. De huisarts bezocht haar vroeger vrij regelmatig, zo om de drie tot zes weken. Hierbij vond geen onderzoek plaats, wel werden harttabletjes voorgeschreven in verband met de dyspnoe. De huisarts had al eens eerder opname voorgesteld, maar dat was door patiënte afgewimpeld, omdat zij bang was voor het ziekenhuis. „Als je daar in terecht komt, kom je niet meer naar huis terug”. De laatste weken was de huisarts niet meer geweest, want hij had zelf een longontsteking opgelopen; patiënte had geen waarnemer laten komen. Tenslotte had zij onder druk van de omgeving toegestemd en het reeds vroeger door de huisarts gedane verzoek tot opname werd geëffectueerd.

Van het onderzoek waren de meest belangrijke punten de volgende. Goed georiënteerde vrouw in slechte voedingstoestand; huid en slijmvliezen waren zeer bleek. Pols en tensie waren normaal. De tong was glad en atrofisch, de gebitsprothese paste niet goed. Aan hart en longen werden geen afwijkingen gevonden. Aan de extremititeiten bestond een duidelijke spieratrofie met gestoord dieptegevoel en pijnzin, hetgeen door de in consult geroepen neuroloog werd bevestigd. Deze voegde er nog aan toe dat hij tot de conclusie was gekomen dat patiënte lijdende was aan een volledig gestoorde achterstrengfunctie en een lichte stoornis van pyramidale aard. De diagnose, pernicioze anemie, was inmiddels al zeker geworden door het laboratoriumonderzoek: hemoglobine 4,0 gr%, erythrocyten 1800000 per mm³, leukocyten: 2000 per mm³ met een re-

latieve lymfocytose, retikulocyten 9 pro mille. Het rode bloedbeeld vertoonde alle kenmerken van een pernicioza: sterke anisocytose en anisochromie, matige poikilocytose. Bij de „fractional test” bleek een histamine-refractaire achylia gastrica te bestaan.

Patiënte kreeg dagelijks een ampul pernaemon forte geïnjecteerd en om de andere dag 1000 gamma vitamine B 12, benevens ijzer per os. Aanvankelijk werd zij op bed geïfend, later kon zij naar de oefenzaal en circa vier maanden later liep zij heel behoorlijk met een stok.

Deze patiënte is een extreem voorbeeld van wat zojuist de weinig integrale diagnostiek en behandeling van bejaarde patiënten werd genoemd. Er was wel geregeld bezoek van de huisarts, het onderzoek was echter onvoldoende, de toediening van geneesmiddelen inadequaat, terwijl ziekenhuisopname werd gevraagd voor een loopstoornis die slechts een onderdeel was van de ziekte die door middel van eenvoudig laboratoriumonderzoek had kunnen worden opgespoord. Uit de ziektegeschiedenis van deze patiënte blijkt ook nog eens de noodzaak van het bestaan van een goed huisartsenlaboratorium, dat tezamen met toegang tot de röntgendiagnostiek van het ziekenhuis de mogelijkheden thuis aanzienlijk zou vergroten.

Nadat de diagnostiek bij de bejaarde patiënt zo goed mogelijk is verricht, moet men zich niet haasten met de behandeling van de klachten, maar bij iedere patiënt afzonderlijk een therapeutisch plan de campagne opstellen, waarbij men zich allereerst moet afvragen: „Wat betekent deze ziekte voor deze patiënt op dit ogenblik?” Weinig tegenstand zal deze uitspraak ondervinden indien wij hebben te maken met jongere patiënten die weer in het arbeidsproces moeten worden ingeschakeld. Bij bejaarden wordt echter nogal eens volstaan met symptomatische schijnbehandeling onder het soms onbewuste motto: „Het is toch niet meer de moeite waard”. Artsen zijn natuurwetenschappelijk opgeleide genezers, zij hebben geleerd ziekten te bestrijden en tevreden te zijn wanneer het zieke organisme is hersteld. Te weinig heeft de arts geleerd het resterende gezonde deel van de zieke mens tot ontwikkeling te brengen zodat met behulp daarvan in vele gevallen een reactivering tot een beter evenwicht tot stand kan worden gebracht. Wij kunnen daarbij veel leren van andere disciplines dan de medische. De fysiotherapeut, de spraaklerares en de „welfare”-leidster hebben wat dit betreft vaak een veel positiever beeld van de patiënt. Zo is voor de neuroloog de na een cerebro-vasculair accident afatisch geworden patiënt niet meer interessant indien de spraakstoornis niet verbetert. In Zonnestraal is een speciaal afasieteam georganiseerd, waarvan de paramedische werkers proberen andere dan verbale communicatiemiddelen tot ontwikkeling te brengen, waardoor vooral een resocialisering van de patiënt mogelijk wordt.

Toch heeft het geen zin te zeggen: „Laat ik het dan toch maar liever aan de institutionele gezondheidszorgers overlaten”. De huisarts krijgt deze taak nu eenmaal op zijn schouders gelegd, of hij

wil of niet. De meeste ziekenhuizen zijn namelijk niet gesteld op bejaarde zieken en proberen deze óf te weren óf zo gauw mogelijk nadat de diagnose is gesteld, weer te ontslaan. De „historische” bedrust heeft dan in enkele weken soms al irreversibele schade aangericht. Indien men dan als huisarts, zoals mij destijds overkwam, na drie weken ziekenhuisopname, een vrouwelijke patiënte thuis krijgt gebracht met een ernstige hemiplegie, beseft men pas goed dat de huisarts deze taak niet meer alleen kan vervullen. Daarbij is hulp nodig van wijkverpleegster, maatschappelijke werkster, gezinsverzorgster, fysiotherapeut en logopediste. De arts zal met deze werkers thuis een team moeten vormen om de strijd tegen de invaliditeit van de patiënt te voeren. Men zal er daarbij echter van moeten uitgaan, dat de verschillende mensen, die men in elk voorkomend geval ad hoc weer anders kan samenbrengen, in de huisarts een gelijkwaardige gesprekspartner willen zien. De huisarts mag zich alleen leider van het „home-team” noemen, indien hij inderdaad tot leiden in staat is en niet wanneer hij als een godheid ergens achter een bureau briefjes uitstuurt met bijvoorbeeld: „Zuster, wilt u patiënt zus en zo driemaal per week een wasbeurt geven?” zonder nadere gegevens omtrent de diagnose en andere relevante zaken te vermelden. De wijkverpleegster is al bijzonder blij met een telefonisch gesprek zodat meer overleg mogelijk is. Zo heb ik verscheidene malen een gezamenlijke afspraak kunnen maken om een moeilijk te onderzoeken patiënt op een bepaald uur te zien tezamen met de wijkzuster. Vooral in de grote steden maakt het „verzuilde” kruiswerk een regelmatig contact nog niet mogelijk; het zou natuurlijk dringend nodig zijn dat de huisarts met zijn medewerkers regelmatig teambesprekingen zou kunnen houden over de onder behandeling zijnde patiënten, maar dit is moeilijk te verwezenlijken indien in één praktijk drie wijkverpleegsters werkzaam zijn.

Met belangstelling zien wij dan ook uit naar de evaluatie van het samenwerkingsproject van huisartsen en wijkverpleegsters in Assen, dat onder supervisie van Kruisverenigingen en het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) een eerste poging vormt van geformaliseerd overleg. Een verbetering van de communicatie zal mogelijk worden bereikt door de te houden groepsbesprekingen tussen de vier huisartsen en de drie in hun praktijkgebied werkzame wijkverpleegsters. Assen heeft wel een streepje voor: het kent slechts één kruisvereniging en dus geen „verzuiling”. Met belangstelling volgen wij dit project, dat op een april 1966 is begonnen en tot een september 1967 loopt, zulks niet in het minst met het oog op de belangrijke aspecten die hieraan vastzitten ten aanzien van de zorg voor langdurige en chronische zieken.

Met de constatering, dat voor de huisarts meer mogelijkheden aanwezig zijn wanneer hij maar gebruik weet te maken van de hulp van andere werkers, komen ook de problemen. Al spoedig bemerkt

de pas gevestigde arts die enthousiast begint, bij hoeveel verschillende instanties hij moet aankloppen om de zo nodige hulpverlening in te schakelen. Tussen de verschillende instanties die hierbij een of meer vingers in de pap hebben — zoals de Gemeente Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG en GD), ziekenfondsen, kruisverenigingen, organen van maatschappelijk werk en gezinsverzorging — is weinig of geen coördinatie en dan is het begrijpelijk, dat de huisarts de weg van de minste weerstand kiest en opname in een verpleeg- of verzorgingstehuis aanvraagt. Voor de zojuist besproken patiënte uit mijn praktijk, die na drie weken ziekenhuis met een hemiplegie naar huis werd gestuurd, ben ik zeker twee uur aan het telefoneren geweest voordat ik een fysiotherapeute, een logopediste, een wijkverpleegster en een gezinshulp had ingeschakeld.

Het zou in dit verband een grote verbetering zijn wanneer men zou streven naar het oprichten van regionale geriatrie diensten. Oostvogel heeft al verscheidene malen gepleit voor een sociaal-geriatrie dienst met de nadruk op supervisie, „coachen” en het hanteren van criteria voor het opnamebeleid. Wij zouden liever klinische en sociale aspecten willen zien verenigd, omdat de huidige moeilijkheden bij het overplaatsings- en opnamebeleid juist voortvloeien uit het scheiden van medische en sociale indicatie. Behalve over een geriater zou deze dienst moeten beschikken over maatschappelijke werkers, psychologen, sociologen en andere deskundige medewerkers.

De organisatie van deze dienst zou regionaal verschillend kunnen zijn, deels in de vorm van een stichting, waarin overheid, ziekenhuizen, verpleegtehuizen, huisartsen en kruisverenigingen elkander moeten weten te vinden, zoals dit in een andere samenstelling ook is gelukt met de provinciale entgemeenschappen. In de grote steden zouden de geriatrie diensten goed kunnen functioneren als onderdeel van de GG en GD, mits voldoende inspraak van de overige partijen is verzekerd. Tevens zouden aan deze dienst vergaande bevoegdheden kunnen worden gedelegeerd zonder de thans bestaande bureaucratisering met als gevolg een „collusion of anonymity”, zoals *Balint* het afschuiven van verantwoordelijkheden zo treffend heeft genoemd. Genoemde dienst zou moeten beschikken over een volledig kaartsysteem van alle bejaarden in de regio of stad, zodat in een oogopslag de verzorgingsbehoefte is vast te stellen. Huisartsen, dienstencentra, ziekenhuizen en andere instituten kunnen bij deze dienst patiënten aanmelden voor opname, consult, nazorg of andere hulp bij de thuisverpleging. Op deze wijze zou de thans veelal ontbrekende coördinatie tot stand kunnen worden gebracht.

Indien men de oorzaken gaat inventariseren, door welke de huisarts thans een aantal mogelijk-

heden mist bij de behandeling van de aan zijn zorg toevertrouwde bejaarde patiënten, dan zijn deze deels terug te voeren tot een foutieve te weinig positieve instelling, waaraan onder andere de te natuurwetenschappelijk ingestelde opleiding schuld is. Voor een ander deel bestaan er te weinig mogelijkheden op diagnostisch gebied, zoals laboratorium- en röntgenfaciliteiten, en tenslotte ziet de huisarts zich geplaatst tegenover een vrijwel onontwarbaar patroon, waarin de gezondheidszorg in Nederland zich heeft verstrikt.

Een vals gevoel van geborgen willen zijn, van vermeende veiligheid drijft vele volkomen valide bejaarden veel te vroeg in een pensiontehuis, terwijl vele anderen geen plaats kunnen krijgen.

Een weduwnaar van 85 jaar uit mijn praktijk, die alleen woonde en door ernstige arthrosis en beginnende arteriosclerosis cerebri nauwelijks meer door zijn dochters kon worden verzorgd, werd zo waar afgekeurd voor een verzorgingstehuis, omdat hij „te oud” was, terwijl even daarna een volkomen gezond echtpaar van 65 jaar van mij afscheid kwam nemen omdat zij „maar vast” in een bejaardencentrum gingen. De huisarts zal een belangrijke bijdrage moeten en kunnen leveren om dergelijke scheve verhoudingen mee te helpen rechtzetten.

Nog een laatste opmerking over de taak van de huisarts bij de nazorg. Gelukkig kunnen vele zieke bejaarden na behandeling in het ziekenhuis weer naar huis terugkeren. Zij behoeven dan echter wel voortdurende controle om te voorkomen dat de lichamelijke en geestelijke toestand weer achteruitgaat. Ook deze taak behoort tot de tertiaire preventie. De primaire omgeving van de patiënt is vaak te weinig deskundig en te medelijdt om voldoende activiteit er „in” te houden. De handige dochter neemt al gauw het schillen van de aardappels uit handen van haar hemiplegische moeder, omdat deze er zo lang over doet en zij het zo'n zielig gezicht vindt, terwijl de arbeidstherapeute in het ziekenhuis nu juist met zoveel zorg deze spierbeweging in het oefenschema had gebracht. De huisarts moet bij deze patiënten regelmatig, ook ongevraagd, binnenlopen en ervoor zorgen dat zij niet weer in bed gaan liggen of in een stoel gaan zitten treuren.

De huisarts, die zich positief opstelt ten opzichte van bovengeschetste problematiek, zal de dank oogsten van zijn bejaarde patiënten; hij zal mogelijkheden benutten die anders toevallen aan anderen, die wellicht minder geschikt zijn hiervan een optimaal gebruik te maken.

Balint, M. (1956) *The Doctor, His Patient and The Illness* Pitman, London

Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap 7, 2

Fuldauer, A. (1966) *Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk*. Academisch proefschrift, Leiden

Goor, J. A. van (1961) *Huisarts en preventieve gezondheidszorg*, van Gorcum, Assen