

Het eenmalig geriatisch consult

PROF. DR. W. BROUWER*

Eind 1980 werd in Heerlen het zogenaamde eenmalig-consult-project gestart. Dit houdt in dat huisartsen bejaarde patiënten naar een geriatisch geschoolde collega kunnen verwijzen voor een eenmalig consult. Zo'n consult leidt in de meeste gevallen tot een advies met betrekking tot aanvullend onderzoek of verdere behandeling c.q. begeleiding. In dit artikel wordt bericht over een evaluatie-onderzoek dat werd ingesteld naar het functioneren van het project.

Inleiding

Het eenmalig geriatisch consult bestaat uit de volgende onderdelen:

- een uitvoerige anamnese, waarbij de aandacht zowel op de psychosociale als op de somatische problematiek gericht is;
- een algeheel lichamelijk onderzoek, met speciale aandacht voor het bewegingsapparaat en eventuele neurologische afwijkingen;
- bloed- en urine-onderzoek;
- een electrocardiogram.

Indien gewenst, wordt bovendien advies van een fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, maatschappelijk werker of klinisch specialist gevraagd.

De rapportage van de bevindingen aan de huisarts geschiedt probleemgeoriënteerd: de huisarts ontvangt een zogenaamde signaallijst met daarop alle relevant geachte - onder meer anamnestiche en fysisch-diagnostische - gegevens en een daarvan afgeleide probleemlijst. Van elk probleem wordt vervolgens de betekenis voor de bejaarde nader bestudeerd. In de meeste gevallen leidt dit tot een advies, hetzij voor aanvullend onderzoek, hetzij voor verdere behandeling of begeleiding.¹

Ten aanzien van een dergelijk project rijzen uiteenlopende vragen. In hoeverre levert zo'n eenmalig consult aanvullende - bij de huisarts tot dat moment onbekende - informatie op? In hoever-

re zijn op grond daarvan adviezen te geven en, indien dat het geval is, wat kan de huisarts daar dan mee doen?

Met het oog op deze en andere vragen kwamen collega P. M. A. Willemse, door wie het project geëntameerd is, en ik overeen de in dit verband relevante gegevens in te winnen, ten einde tot een evaluatie van een en ander te komen. In dit artikel wordt het eerste deel van het door mij verrichte evaluatie-onderzoek beschreven.

Opzet

In het kader van de evaluatie waren wij vooral geïnteresseerd in het rendement van de consulten. Een eenmalig consult kan op diverse wijzen renderend zijn. Nieuwe gegevens kunnen ter beschikking komen, reeds bekende gegevens kunnen worden bevestigd dan wel gecorrigeerd, en in samenhang daarmee kan een eenmalig consult uitmonden in een of meer adviezen aan de huisarts. Van rendement kan ook gesproken worden, als de verwezen bejaarde zelf het eenmalig consult ervaart als een waardevol en hulpgevend gebeuren.

Tegen deze achtergrond kwamen wij tot de volgende vraagstelling:

- Welke nog niet bekende gegevens kregen de huisartsen dankzij het eenmalig consult ter beschikking?
- Welke nog niet bekende problemen kwamen daarbij aan het licht?
- Welke adviezen werden aan de huisartsen uitgebracht en in hoeverre waren de huisartsen bereid en in staat deze ter harte te nemen?

- Hoe waardeerden de bejaarden het eenmalig consult?

- In hoeverre beïnvloedde het eenmalig consult de geneigdheid van de huisarts om de bejaarde naar een specialist te verwijzen?

Ter verkrijging van de noodzakelijke informatie, hebben wij gekozen voor de volgende werkwijze:

Aansluitend aan elk eenmalig consult stuurt de consultgever een verslag aan de huisarts. Dit verslag bevat een opsomming van alle relevant te achten anamnestiche, fysisch-diagnostische en aanvullende diagnostische bevindingen, een opsomming van de problemen die in het geding zijn, en een of meer adviezen. De huisarts krijgt tegelijkertijd de mededeling, dat ongeveer een maand na de datum waarop het eenmalig consult heeft plaatsgevonden, de project-evaluator contact met hem zal opnemen ter verkrijging van de eerste evaluatiegegevens.

Overeenkomstig deze aankondiging stuurt de project-evaluator ongeveer een maand na het eenmalig consult aan de huisarts een iets gewijzigde versie van het consultverslag met het verzoek daarop aan te geven:

- welke gegevens hem reeds bekend waren en welke niet;
- welke problemen hem reeds bekend waren en welke niet;
- welke adviezen door hem zijn overgenomen en welke niet;
- in hoeverre het eenmalig consult eventuele voornemens tot specialistische verwijzing heeft beïnvloed;
- hoe de bejaarde op het eenmalig consult heeft gereageerd.

Resultaten

De in dit artikel beschreven bevindingen hebben betrekking op drieënveertig verwezen bejaarden (tabel 1).

In totaal maakten negentien huisartsen gebruik van de mogelijkheid tot een eenmalig consult. De daarbij door de huisartsen gestelde vragen waren van algemene aard. Meestal betrof het een vraag naar meer mogelijkheden op therapeutisch gebied. In andere gevallen was het een verzoek om steun, aangezien de huisarts het gevoel had in een impasse te verkeren. Dit laatste was vooral het geval bij psychisch dysfunctionerende bejaarden.

Tabel 2 laat zien dat zes huisartsen samen vierentwintig patiënten verwezen; de overige negentien patiënten werden verwezen door in totaal dertien huisartsen. Verschillen in bekendheid met

* Hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg. De auteur dankt de aan het project medewerkende huisartsen.

de persoon en de werkwijze van de consultgever hebben hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol gespeeld.

Nieuwe informatie. Gezien de probleemgeoriënteerde opzet van het project hebben we de nieuw verkregen informatie onderverdeeld in signalen en problemen. Vervolgens hebben we de signalen onderscheiden in anamnestiche signalen en door fysisch c.q. aanvullend onderzoek verkregen signalen.

- Bij zesentwintig bejaarden bleek het eenmalig consult aanvullende anamnestiche gegevens op te leveren (tabel 3); de meeste eerder onbekende gegevens wezen op een verstoring van het lichamelijke en/of psychisch functioneren.

- Bij veertig bejaarden leverde het consult aanvullende fysisch-diagnostische gegevens, laboratoriumgegevens en ECG-bevindingen op (tabel 4).

Opvallend is het grote aantal bejaarden bij wie afwijkingen op neurologisch gebied werden ontdekt. Het betrof vooral reflexafwijkingen, hypertonie en tremores. Overigens was in veel gevallen een aantal afzonderlijke neurologische symptomen weliswaar niet bekend, maar de betreffende neurologische aandoening wel.

Het vrij grote aantal bejaarden bij wie hartvergroting werd ontdekt, zou er op kunnen wijzen, dat huisartsen bij onderzoek van het hart weinig waarde hechten aan percutoire bevindingen. De klinische betekenis van deze bevinding was overigens in diverse gevallen onduidelijk.

Tabel 1. Leeftijd en geslacht van de voor eenmalig consult verwezen bejaarden; n = 43.

Leeftijdsgroepen	Mannen	Vrouwen	Totaal
66-69 jaar	1	4	5
70-74 jaar	4	4	8
75-79 jaar	5	7	12
≥ 80 jaar	8	10	18
Totaal	18	25	43

Tabel 2. Relatie tussen aantallen verwezen bejaarden en aantal verwijzende huisartsen.

Aantallen verwezen bejaarden per huisarts	Aantallen huisartsen	Totaal verwezen
1	7	7
2	6	12
3	2	6
4	3	12
5	—	—
6	1	6
Totaal	19	43

delijk. De ECG-afwijkingen betroffen vooral verschijnselen van een tot nu toe onontdekt infarct en ritmestoornissen. De urine-afwijkingen betroffen albuminurie, leukocyturie en een enkele keer hematurie. Bij drie bejaarden was een duidelijke urineweginfectie aanwezig. De gestoorde visus had in de meeste gevallen betrekking op een sterk verminderde gezichtsscherpte, een enkele keer op een gezichtsveldbeperking en dubbelzien.

Vermeldenswaard is verder, dat bij vier bejaarden een duidelijk verhoogde glucosewaarde van het bloed werd gevonden. Bij twee bejaarden kwam een hoogstwaarschijnlijk maligne tumor aan het licht.

- De gevonden signalen hadden soms betrekking op geïsoleerde verschijnselen, soms maakten ze deel uit van een meer omvattend gezondheidsprobleem. Als gezondheidsproblemen beschouwden we alle pathologische aandoeningen, syndromen en geïsoleerde verschijnselen die door de bejaarde en/of de consultgevende arts als aandacht vereisende problemen werden ervaren (tabel 5). In veel gevallen, met name bij de gevallen van anemie, insufficiënte nierfunctie en de Parkinson-verschijnselen ging het overigens om lichte afwijkingen.

De adviezen. De eenmalige consulten eindigden meestal met een of meer adviezen. In een aantal gevallen gaf de huisarts te kennen dat hij reeds overeenkomstig het advies te werk ging. In sommige andere gevallen was de reactie van de huisarts op het advies niet geheel duidelijk; dit was bijvoorbeeld het geval, wanneer de huisarts te kennen gaf het advies in beraad te zullen houden of het gedeeltelijk te zullen overnemen. De volgende bespreking heeft daarom

Tabel 3. Tijdens het eenmalig consult verkregen aanvullende anamnestiche gegevens.

Klachten	Aantallen bejaarden
Mictieklachten (pijn, incontinentie)	5
Pijn en stijfheid van de schouder	3
Sterk vermagerd	3
Valt dikwijls	3
Onzelfstandig wat betreft ADL	3
Perioden van verwardheid	3
Apathie en afweer van contacten	3
Agressief optreden	2
Depressieve stemming	2
Pyrosis	2
Slecht slapen	2

uitsluitend betrekking op de adviezen waarop de huisarts uitdrukkelijk instemmend of afwijzend heeft gereageerd.

In vier gevallen moesten de verstrekte adviezen buiten beschouwing blijven. Een bejaarde overleed binnen vier weken na het consult, drie bejaarden werden spoedig na het consult opgenomen in een verpleegtehuis.

Uit tabel 6 blijkt dat de adviezen meestal, maar lang niet altijd werden overgenomen; dit geldt ook voor de adviezen op farmacotherapeutisch gebied.

Een duidelijk patroon in die zin, dat bepaalde adviezen wel en andere niet werden overgenomen, was niet te herkennen. Wel viel op dat de adviezen tot het instellen van Fe-therapie altijd en de adviezen tot het geven van een diuretici-

Tabel 4. Tijdens het eenmalig consult verkregen aanvullende fysisch-diagnostische bevindingen en laboratorium- en ECG-bevindingen.

Bevindingen	Aantallen bejaarden
Neurologische afwijkingen	16
Hartvergroting	13
ECG-afwijkingen	12
Anemie ^a	10
Urine-afwijkingen	9
Verhoogd ureum- en creatininegehalte ^b	8
Gestoorde visus	7
BSE 30 mm of meer na één uur	6
Veel cerumen in gehoorgang(en)	6
Voetarteriën niet palpabel	6

^a Als referentiewaarden werden gehanteerd: bij mannen Hb < 7,9 mmol; bij vrouwen Hb < 6,9 mmol.

^b Als referentiewaarden werden gehanteerd: bij mannen creatinine > 114 mmol; bij vrouwen creatinine > 86 mmol.

Tabel 5. Tijdens het eenmalig consult vastgestelde, eerder onbekende gezondheidsproblemen.

Gezondheidsproblemen	Aantallen bejaarden
Anemie	10
Gestoord psychisch functioneren	8
Invaliderende stoornis van het bewegingsapparaat	8
Insufficiënte nierfunctie	8
Ziekte van Parkinson	7
Verminderde gezichtsscherpte	6
Gestoorde arteriële circulatie van een of beide benen	6
Gehoortoornis	5
Hartdecompensatie	5
Polyneuropathie (meest in samenhang met diabetes)	4

cum vrijwel altijd geaccepteerd werden. Vrij veel huisartsen volgden sommige adviezen niet op; dit verschijnsel was dus niet beperkt tot slechts een kleine groep.

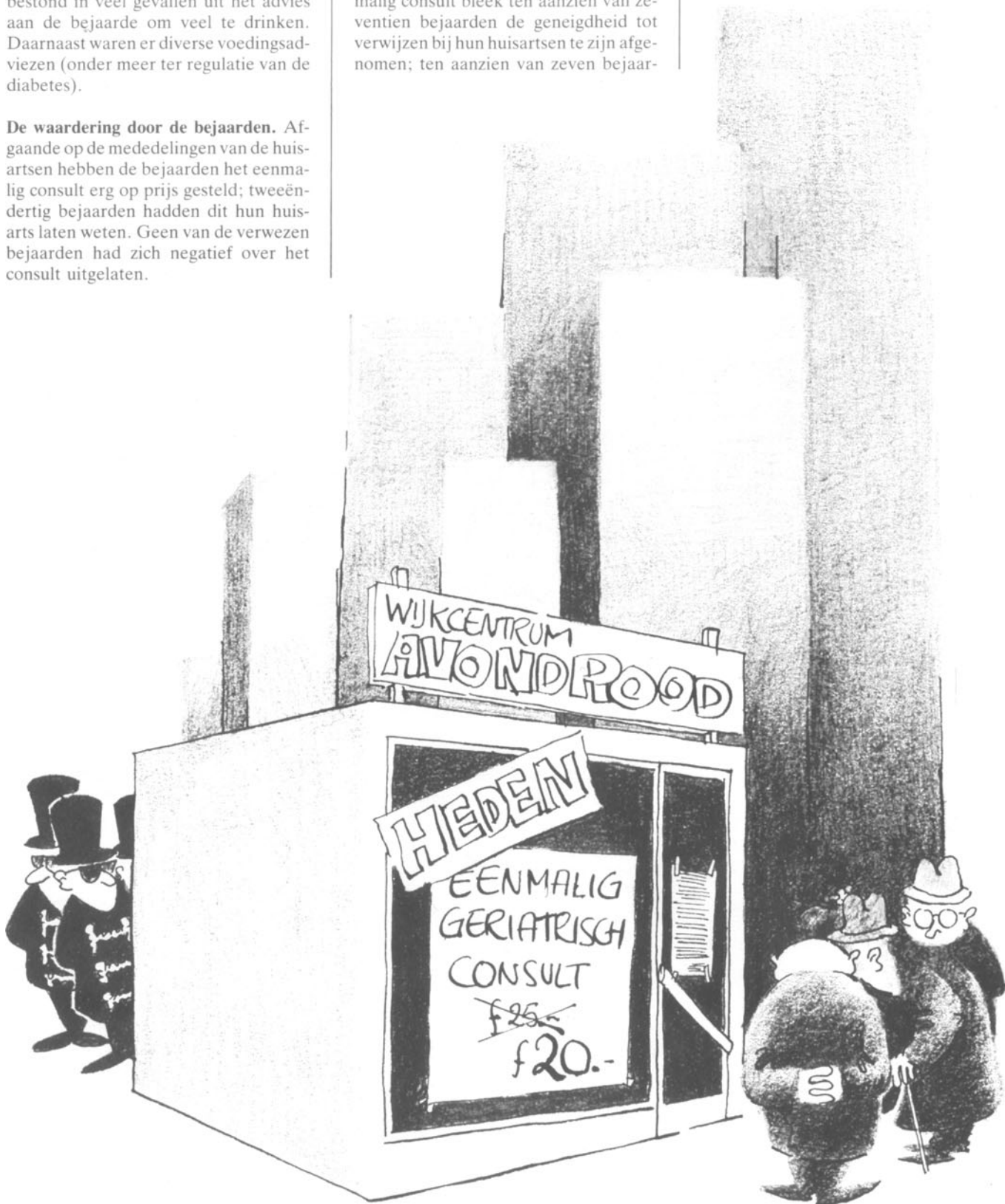
De in tabel 6 vermelde advisering ten aanzien van voedsel c.q. vochtopname bestond in veel gevallen uit het advies aan de bejaarde om veel te drinken. Daarnaast waren er diverse voedingsadviezen (onder meer ter regulatie van de diabetes).

De waardering door de bejaarden. Afgaande op de mededelingen van de huisartsen hebben de bejaarden het eenmalig consult erg op prijs gesteld; tweëndertig bejaarden hadden dit hun huisarts laten weten. Geen van de verwezen bejaarden had zich negatief over het consult uitgelaten.

De geneigdheid tot verwijzen. In tien gevallen gaven de huisartsen te kennen, dat ze vóór het eenmalig consult het plan hadden de betreffende bejaarde te verwijzen naar een specialist; in veertien gevallen overwogen de huisartsen een dergelijke verwijzing. Na het eenmalig consult bleek ten aanzien van zeventien bejaarden de geneigdheid tot verwijzen bij hun huisartsen te zijn afgenomen; ten aanzien van zeven bejaar-

den was deze geneigdheid echter toegenomen. Dit resulteerde in het plan tot verwijzen bij acht bejaarden en het overwegen van een verwijzing bij twee bejaarden.

Vanzelfsprekend kan uit deze verande-



ring in geneigdheid tot verwijzen het uiteindelijke verwijsgedrag niet worden afgeleid. Door middel van een vervolgstudie, één jaar na het eenmalig consult, hopen we meer inzicht in het verwijsgedrag te verkrijgen.

Beschouwing

Op het eerste gezicht lijkt het dat de eenmalige consulten zeer veel te voren onbekende gegevens opleverden. We dienen daarbij echter te bedenken, dat er in veel gevallen een tijdsverschil van drie à vier weken was tussen het laatste bezoek van de huisarts en het eenmalig consult. In een dergelijke periode kunnen verschijnselen manifest of duidelijker worden.

Diverse nieuw ontdekte symptomen vertoonden verder een vrij weinig van de norm verwijderde afwijking; dit geldt met name voor veel als pathologisch beschouwde laboratoriumgegevens. Bovendien waren uiteraard niet alle ontdekte symptomen van praktisch belang voor het verdere beleid.

Dit alles neemt echter niet weg, dat de eenmalige consulten in het algemeen een wezenlijke aanvulling op de reeds beschikbare informatie opleverden. Dit blijkt ook uit de vele ter harte genomen

adviezen, uit de door de bejaarden tot uitdrukking gebrachte waardering en uit de bij de huisartsen verminderde neiging tot verwijzen.

Uitgaande van de gedachte, dat het aanvullen van beschikbare informatie zinvol is, ongeacht de omvang van de reeds bekende informatie, hebben we uitsluitend de tevoren onbekende gegevens en niet de reeds bekende bevindingen vermeld. Deze laatste waren echter in groten getale aanwezig. Zo waren bijvoorbeeld alle constatering van hypertensie en emfyseem bij de huisartsen reeds bekend. Als gevolg van deze keuze levert deze rapportage een enigszins eenzijdig beeld op. Met name de integratie van de reeds bekende en de via het eenmalig consult verkregen informatie is daardoor onbelicht gebleven. Onverlet blijft echter de waarde van het eenmalig consult als middel om een wezenlijke aanvulling op reeds aanwezige informatie te verkrijgen.

Aangenomen dat de hier vermelde evaluatiegegevens ook enige geldingskracht buiten de bestudeerde groep van drieënveertig bejaarden hebben, kunnen hieruit voor de huisartsen enige suggesties worden afgeleid:

- Bij het anamnestic onderzoek doet de huisarts er goed aan, de aandacht niet

alleen te richten op klachten, maar ook op het psychisch en lichamelijk functioneren. Vooral informatie over het psychisch functioneren zal men dikwijls niet van de bejaarde zelf vernemen. Hetero-anamnestic onderzoek is dan ook onmisbaar.

- Bij het lichamelijk onderzoek dient de huisarts er op te letten, dat ook het neurologisch onderzoek, het zintuigonderzoek, het onderzoek van huid en genitalia en de inspectie van de voeten adequaat worden verricht. De consultgever constateerde, zoals reeds opgemerkt, vele afwijkingen op neurologisch gebied. Bij twee bejaarden vond hij een intertrigineus eczeem; bij twee bejaarden een balanitis en bij een bejaarde een neoplasma in de vagina. Bij een aantal bejaarden constateerde hij een hallux valgus, eeltvorming en andere hinderlijke voetafwijkingen.

Ook het onderzoek van de arteriële circulatie, met name van de benen, mag bij bejaarden niet achterwege worden gelaten. Zoals tensie meten bij bejaarden veelal een routinehandeling is geworden, zo zou ook otoscopie bij bejaarden routinematig verricht moeten worden, teneinde eventueel aanwezig cerumen, al dan niet leidend tot gehoorsvermindering, op het spoor te komen.

- Bij bejaarden dient de huisarts voldoende laboratoriumonderzoek te (laten) verrichten. Vooral komen daarbij in aanmerking: het Hb-gehalte, de bloedglucosewaarde, het creatininegehalte en het urine-onderzoek (albumen, sediment).

Tot slot een opmerking over het eenmalig consult. De grote waarde van het eenmalig consult was, dat het aanvullende informatie opleverde en veelal tot nuttige adviezen leidde, terwijl de medische zorg en de daarbij behorende verantwoordelijkheid in handen van de huisarts bleven.

Vanzelfsprekend leidt dit tot de vraag, in hoeverre het introduceren van een eenmalig geriatrisch consult zoals hier beschreven, als voorziening in de gezondheidszorg aanbeveling zou verdienen. In gesprekken over dit onderwerp heb ik gemerkt, dat er in dit opzicht zowel tegenstanders als voorstanders zijn. De eersten wijzen er op, dat de elementen van een dergelijk eenmalig geriatrisch consult een wezenlijk onderdeel van de huisartsgeneeskundige zorg behoren te vormen. Bij introductie daarvan als gezondheidszorgvoorziening, hetzij vanuit een verpleegklinieek, hetzij vanuit een ziekenhuis, dreigt het gevaar dat aldus opnieuw uit-

Tabel 6. De verstrekte adviezen, gesplitst naar overgenomen en niet overgenomen door de huisarts.

Adviezen	Overgenomen	Niet overgenomen
Medicamenteuze behandeling	31	17
Niet medicamenteuze behandeling:		
– fysiotherapie	8	5
– oefenen thuis	3	–
– cerumen verwijderen	5	–
– gesprekstherapie	–	1
– advisering ten aanzien van voedsel c.q. vochtproef	17	1
– bevordering aanschaf hulpmiddelen (aangepast schoeisel, elastische kousen, e.d.)	3	1
– aanvullend onderzoek (röntgen-, laboratorium-)	5	1
– inschakelen andere hulpverleners (wijkverpleegkundige)	2	2
– verwijzing naar specialist	3	1
– opname (verpleegtehuis, ziekenhuis)	2	1
– dagbehandeling	3	–
– maatschappelijke hulpverlening (aanpassing woning, huishoudelijke hulp)	2	–
Totaal	84	30

holling van de huisartsgeneeskunde plaatsvindt. Een alternatief, zoals periodiek geneeskundig onderzoek door de huisarts zelf, zou dan ook hier de voorkeur verdienen.

Daartegenover staat de opvatting, dat ook hier de afstand tussen wenselijkheid en werkelijkheid nu eenmaal onvermijdelijk groot is en dat het voor alles gaat om de kwaliteit van de zorg. Een eenmalig geriatrisch consult kan dienen als startpunt van een goed geplande huisartsgeneeskundige begeleiding. In die zin versterkt het de huisartsgeneeskundige hulpverlening, mits de eenmaligheid van het consult voorop blijft staan.

Mijn voorkeur gaat uit naar deze tweede zienswijze. Elke gezondheidszorgvoorziening kan de huisartsgeneeskundige hulpverlening ondermijnen, maar ook versterken. Het laatste is het geval, wanneer de huisarts aanvullende diagnostische informatie en advies geboden krijgt, zonder dat daardoor zijn eigen verantwoordelijkheid voor de hulpverlening vermindert. Dat is nu juist wat een eenmalig geriatrisch consult te bieden heeft: informatie en advies met behoud van eigen verantwoordelijkheid.

Samenvatting. Sinds eind 1980 beschikken de huisartsen in Heerlen en omgeving over de mogelijkheid bejaarde patiënten te verwijzen naar de Verpleegklinieken Heerlen voor een eenmalig geriatrisch consult. De verwijzingen van de eerste drieënveertig patiënten worden geëvalueerd met betrekking tot de verkregen informatie, de verstrekte adviezen en het oordeel van de bejaarden zelf. Een eenmalig geriatrisch consult lijkt de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg voor bejaarden aanmerkelijk te kunnen bevorderen, mits de verantwoordelijkheid voor die zorg bij de huisarts blijft berusten.

Summary. The single geriatric consultation.

Since ultimo 1980 general practitioners in Heerlen and environs may refer aged patients to the Heerlen Nursing Clinics for a single geriatric consultation. The referrals of the first forty-three patients were evaluated with reference to the information thus obtained, the advice provided, and the assessment of the patients themselves. A single geriatric consultation could significantly improve the quality of the care for the aged in general practice, provided the responsibility for this care remains entirely with the general practitioner.

De rol van de huisarts in het menopauzale gezin

PROF. DR. K. GILL

Op 20 januari 1983 vond in Utrecht een PAOG-cursus plaats over het onderwerp Het peri-menopauzale gezin. Daarbij werd ook de rol van de huisarts belicht.

Inleiding

It is only intellectual arrogance which assumes that our knowledge is so complete that diagnosis and disease are synonymous.

Keith Hogdkin

Tot omstreeks 1935 zocht men alleen zijn huisarts op als men ernstig ziek was. Daarna kwamen er mensen bij die zich tot de dokter wendden, omdat ze zich niet goed voelden, de *early sick*. Tegenwoordig kennen we ook de groep mensen – we moeten ze vooral geen patiënten noemen – die de dokter opzoeken, omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid, de *worried well* (Garfield¹). Deze verschuiving van uitsluitend ziektegedrag naar klaag- en probleemgedrag heeft de rol van de huisarts in de loop der tijd veranderd. Zijn „patiënten” verlangen niet meer alleen reparatie van hun lichaam en correctie van hun psyche (*cure*), maar ook zorg en hulp voor hun mens-zijn (*care*).

De huisarts verkeert in de unieke situatie, dat hij de meeste mensen in zijn praktijk gedurende lange tijd kent. Cartwright en Anderson² vonden in 1981 in een *at random* onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, dat 30 procent van de bevolking meer dan vijftien jaar bij dezelfde huisarts stond ingeschreven. Daarmee wordt de huisarts in staat gesteld de mensen in zijn praktijk in hun biosociale levensloop te leren kennen. In dit kader is het niet te verwonderen dat de huisarts thans in de specifieke beroepsopleiding kennis maakt met levensloopgeneeskunde en gezinsgeneeskunde.

Rol en cultuur

De verschuiving van ziektegedrag naar klaag- en probleemgedrag heeft geleid tot een ander oordeel over de rol van

huisarts. Er is een rolverwachting ontstaan, waarin hij dicht bij de patiënt, in diens gezins- en leefmilieu, een continue, integrale en persoonlijke zorg verleent. In dit verwachtingspatroon wordt de huisarts de zorg en hulp verlenende generalist, die niet is gebonden aan categorieën van organen, leeftijden of sekse. Dat betekent, dat hij wordt geacht zijn patiënten in hun biosociale levensloop te kunnen begeleiden.

Vanuit die optiek krijgt de huisarts te maken met mensen in een bepaalde levens- of gezinsfase en zal hij in het menopauzale gezin met een aantal fenomenen worden geconfronteerd. Voor 30 tot 40 procent van de circa 750.000 vrouwen in ons land in de leeftijd van 45-55 jaar gaat de menopauzale fase gepaard met verschijnselen en klachten, die we tot het climacterieel syndroom rekenen. Sterk afhankelijk van de cultuur waarin men leeft, zal de ene vrouw opgelucht zijn dat de reproductieve periode voorbij is, en een positieve attitude aan de dag leggen, omdat zij nu tijd voor zichzelf krijgt, terwijl de andere vrouw, die veel waarde hecht aan haar vruchtbaarheid of nog kinderen wil, deze fase van haar leven als een „partial death” zal beleven.³ Haar klachten zullen vooral kunnen worden toegeschreven aan het ongewenste verouderingsproces.

Hoezeer een cultuur bepalend kan zijn voor het klachtenpatroon tijdens de overgang, is verwoord door de antropoloog Marcha Flint, die vond dat vrouwen uit de hogere sociale lagen in India in deze periode vrijwel geen klachten hebben. Zij veronderstelt dat de betere economische en sociale situatie voor postmenopauzale vrouwen – het mogen deelnemen aan besturen en dergelijke – hieraan ten grondslag ligt.⁴ Cultureel gezien dus een scherp contrast met westerse vrouwen, bij wie ouder worden een negatieve, en jeugd een positieve