

# Van oude mensen, de dingen die geschreven zijn

BETTY MEYBOOM-DE JONG\*

In de 26 jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* zijn in totaal 49 artikelen verschenen die geheel of grotendeels betrekking hebben op ziekten en problemen bij bejaarden. Daarvan werd een derde geschreven door huisartsen, een derde door verpleeghuisartsen en een derde door klinisch specialisten en anderen. Aandacht werd besteed aan somatiek, psychische stoornissen, reactivering, het handelen van de huisarts en organisatie en beleid. Vijf huisartsen leverden belangrijke kwantitatieve informatie. Ondanks de vergrijzing van onze samenleving, is het aantal artikelen over dit onderwerp in *Huisarts en Wetenschap* in de loop der jaren niet toegenomen. De auteur pleit voor een actiever redactioneel beleid in dezen.

## Inleiding

Het aantal bejaarden in onze samenleving stijgt, vooral het aantal hoogbejaarden. Onder hen neemt het aantal vrouwen toe.<sup>1</sup>

Verreweg de meeste bejaarden wonen thuis en zijn voor hun medische verzorging in eerste instantie op hun huisarts aangewezen (*tabel 1*).<sup>2</sup> Wat dat inhoudt, leert het proefschrift van Voorn:

– het aantal aan de huisarts gepresenteerde nieuwe aandoeningen is voor alle leeftijdklassen, met uitzondering van de 0-19-jarigen, tamelijk constant;

– het aantal bekende aandoeningen neemt vooral boven de 40 jaar toe met de leeftijd;

– het percentage bekende aandoeningen ten opzichte van het totaal aantal aandoeningen per leeftijdsgroep liep op tot 56 procent bij mensen van 75 jaar en ouder;

– vrouwen presenterden in vrijwel alle leeftijdsgroepen meer aandoeningen, zowel nieuwe als bekende, dan mannen.<sup>3</sup>

De werkbelasting van de huisarts zal toenemen, doordat vooral hoogbejaarde vrouwen in aantal toenemen, terwijl juist deze groep een groot beroep doet op de aandacht en de tijd van de huisarts. Thompson schrijft dat in verband hiermee de organisatie van de huisartspraktijk radicaal veranderd moet worden en adviseert de geriatrie zorg die de huisarts biedt, financieel te stimule-

ren: „It's largely fiscal policy, which determines what doctors do and how they do it.”<sup>4</sup>

In dit artikel komt aan de orde, in hoeverre in *Huisarts en Wetenschap* een neerslag te vinden is van het feit dat bejaarden steeds meer zorg en tijd van hun huisarts nodig hebben. Met andere woorden: wat is er in 26 jaargangen geschreven over bejaarden? Wie zijn de auteurs? Over welke onderwerpen is gepubliceerd? Gaat het om oorspronkelijk onderzoek, om nascholing of om casuïstische mededelingen? Heeft de redactiecommissie invloed op het gepubliceerde? Heeft het NHG in deze 25 jaren aandacht aan dit belangrijke onderwerp besteed?

*Tabel 1. De verblijfplaats van bejaarden in 1976. Percentages.*

Gewone woning	72,5
Bejaardenwoning	14,0
Bejaardenhuis	9,5
Ander tehuis/inrichting	4,0

Bron: Sociaal en cultureel plan.<sup>2</sup>

## Opzet

Tijdens een voorlopige inventarisatie van publikaties over bejaarden en hun problemen, stuitte ik direct op de moeilijkheid, wat onder een artikel over be-

jaarden moet worden verstaan, en wat niet? Met andere woorden: wat neem ik wel op in dit overzicht en wat niet? Pameijers artikel *Optische hulpmiddelen bij slechte gezichtsscherpte* lijkt bijvoorbeeld bij uitstek geschikt om op te nemen, totdat bij lezing blijkt dat het artikel hoofdzakelijk over congenitale stoornissen handelt.<sup>5</sup>

In mijn overzicht heb ik uitsluitend artikelen opgenomen die geheel of grotendeels gaan over ziekten en problemen bij bejaarden en over aspecten van hun gezondheidszorg. Niet opgenomen zijn artikelen over ziekten als diabetes mellitus en cerebrovasculair accident, wanneer pathogenese, diagnostiek en therapie werden behandeld zonder dat werd ingegaan op de specifieke problemen bij bejaarden. Hetzelfde geldt ten aanzien van artikelen met slechts een enkele alinea over bejaarden.

## Resultaten

**Algemeen.** Na het doorwerken van ruim 25 jaargangen – een boeiende Sisyphusarbeid – blijken er van de in totaal 1722 verschenen artikelen slechts 49 of 3 procent over bejaarden te handelen. Dat is 2 procent minder dan het aantal artikelen dat op het kind betrekking had.<sup>6</sup>

Van deze 49 publikaties is een derde deel geschreven door huisartsen, een derde door verpleeghuisartsen en een derde door specialisten en anderen.

In het verloop van de jaren blijft het aantal publikaties vrij gering en tamelijk constant, met uitzondering van de jaren 1965 en 1968: dat zijn topjaren, telkens met acht publikaties. In 1965 wordt de serie aangekondigd met een speciaal redactioneel commentaar: het blijken hoofdzakelijk door klinisch specialisten geschreven artikelen te zijn.<sup>7</sup> Dit verandert spoedig, want in 1968 zijn er al drie huisartsen onder de auteurs en na 1969 verschijnt er geen publikatie meer van uitsluitend specialistische zijde.<sup>8-14</sup>

Drie huisartsen onder de auteurs (Michels, Van Westreenen en Fuldauer) nemen samen de helft van de huisartsenartikelen voor hun rekening en publiceren later wederom in *Huisarts en Wetenschap* over bejaarden, maar dan als verpleeghuisarts of bedrijfsarts.<sup>15-17</sup> Zou publiceren over bejaarden als huisarts een zekere predictieve waarde hebben ten aanzien van de latere beroepskeuze?

\* Huisarts te Opeinde, wetenschappelijk medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeriatrie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Sommige huisartsen bouwen hun artikel heel anders op dan de specialisten. De huisartsen gaan uit van een patiënt, die zij niet als „geval” maar als mens van vlees en bloed beschrijven. Uitgaande van deze beschrijving, leiden zij met behulp van gegevens uit de literatuur conclusies af voor het handelen van de huisarts. De specialisten gaan, met meer distantie tot de patient, uit van ziektebeeld of ziektebeloop, dat zij soms illustreren met een patiëntencasus.

Een aantal artikelen vormt de neerslag van eerder gehouden nascholingsvoordrachten. De Cursus Geriatrie in het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum, de artsencursus te Rotterdam met *Capita Selecta* uit de Geriatrie en de nascholingsdagen van het NHG-centrum in het noorden des lands leveren de helft van deze nascholingspublicaties. Opvallend is, dat dergelijke voordrachten na 1975 niet meer worden gepubliceerd, hoewel in 1981 en 1982 een Boerhaave-cursus, een Van Hoytema-cursus en een Nijmeegse PAOG-cursus aan geriatrie waren gewijd.

Naast genoemde artikelen worden in de rubriek *Casuïstiek* en *Uit de praktijk* dagelijkse praktijksituaties beschreven. In 1960 en in 1977 is er een cluster van deze bijdragen te vinden, telkens geïnitieerd door de redactiecommissie. In 1960 geeft de redactiecommissie, bij de introductie van de rubriek *Casuïstiek*, in overweging of het in geschrift vastleggen van casuïstiek uit de huisartspraktijk ertoe kan bijdragen onze kennis van de huisartsgeneeskunde te verdiepen.<sup>18</sup> Ter bescherming van de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de dokter worden de bijdragen anoniem gepubliceerd: valkuilen avant la lettre. In 1977 wordt een serie artikelen uit het Engelse nascholingsblad *Update* overgenomen om op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing te bieden.<sup>19</sup>

**NHG congres 1961.** Een aparte plaats in deze geschiedschrijving wordt ingenomen door het verslag van de forumdiscussie tijdens het NHG-congres 1961, gewijd aan de taak van de huisarts bij de zorg voor de bejaarden. Volgens de congrescommissie zal, behalve aan het curatieve aspect van deze zorg, aandacht besteed moeten worden aan profylaxe, revalidatie en psychologische factoren; kortom, voor bejaarden is een meer integrale benadering nodig.

De gehouden voordrachten zijn niet gepubliceerd. In de door Deveer gepubliceerde samenvatting van de forumdiscussie komen de volgende knelpun-

ten naar voren, die mijns inziens nog onverminderd gelden en het wezenlijke van de huisartsgeneeskundige zorg voor bejaarden omvatten:

- ten aanzien van de attitude van de huisarts wordt opgemerkt, dat deze een affectieve weerstand moet overwinnen ten opzichte van oudere mensen;
- er wordt gepleit voor een integratieve aanpak, daar de multiële pathologie hoge eisen stelt aan diagnostisch en therapeutisch arsenaal van de huisarts en samenwerking met anderen noodzakelijk maakt;
- bij bejaarden gaat het er om dat verlenging van het leven ook tot een levenswaardig bestaan leidt; diagnostische zekerheid moet geen doel op zich zijn en het afwegen van voor- en nadelen van nader onderzoek moet consequent geschieden met het oog op het voor de bejaarde zelf zinvol functioneren;
- het gemis aan voldoende kennis en ervaring op het gebied van reactivering en revalidatie wordt aangesneden;
- de belangrijkste taak voor de huisarts ligt op het gebied van preventie (voedingsadviezen, behoud van vitaliteit en voorkomen van ongevallen) en therapie (begeleiding bij acceptatie van onafwendbare beperkingen en bestrijding van gezondheidsverstoringen in samenwerking met anderen).<sup>20</sup>

Wat er van deze constatering, die in de vorm van aanbevelingen gegeven worden, terecht is gekomen, is in latere jaargangen niet aan publicaties af te lezen. Het NHG toonde evenwel het belang van de huisartsgeneeskundige zorg voor de oudere mens reeds vroegtijdig

in te zien door dit onderwerp op haar congres in 1961 centraal te stellen.

**Onderwerpen.** Om enige ordening aan te brengen in de diversiteit van onderwerpen heb ik de artikelen ingedeeld in zes rubrieken:

- somatiek (n = 15);
- psychisch functioneren (n = 4);
- reactivering (n = 7);
- het handelen van de huisarts (n = 7);
- organisatie en beleid (n = 9);
- kwantitatieve gegevens uit de huisartspraktijk (n = 6).

Een dergelijk rubricering is een hachelijke zaak, omdat sommige artikelen verschillende aspecten behandelen, zoals beleidsaspecten uitgaande van somatische problematiek. Ondanks dit bezwaar is elk artikel slechts eenmaal gerubriceerd.

• *Over somatische onderwerpen* wordt in een derde van de publicaties geschreven, door internisten, verpleeghuisartsen en in mindere mate door huisartsen (tabel 2). Belangrijke onderwerpen als de prostaat, diabetes mellitus en digoxine vormen zelfs twee maal het onderwerp van een artikel. Het belang van de medicamenteuze behandeling blijkt uit vijf publicaties, waarin gewezen wordt op de onvermijdelijke valkuilen op het gebied van farmacotherapie bij bejaarden. Daarbij wordt twijfel geuit aan de zin van sommige therapieën bij ouderen, zoals het levenslang voorschrijven van digoxine. Een vier maal terugkerend onderwerp vormen de normaalwaarden van laboratoriumuitslagen bij ouderen: belangrijk, omdat een diffe-

Tabel 2. Behandelde somatische onderwerpen.

Auteurs	Onderwerp	Jaar
<i>Huisartsen</i>		
Michels	Prostaathypertrofie	1959
Kraak	Decubitus ulcus	1968
Fuldauer/Rijdt	Diabetescontrole	1969
<i>Verpleeghuisartsen</i>		
Michels	Obstipatie	1963
Diatlowicki	Gevaar van bloeddrukverlagende middelen	1967
Post	Prostaat	1972
Post	Digoxine	1979
Post	Hypokaliëmie	1982
<i>Specialisten en anderen</i>		
Van Gussenhoven (internist)	Hartinfarct	1961
Schouten (internist)	Bloedsuikerbelastingcurve	1967
Van Balen (oogarts)	Oogheelkundige problemen	1968
Crevel (zenuwarts)	Parkinson-patiënten	1968
Schouten (internist)	Dyta-urese	1969
Dorhout Mees (internist)	Nefrologische problemen	1969
Muller (ziekenhuisapotheker)	Digoxine	1979

rentiatie van normaalwaarden naar leeftijd in de meeste tabellen niet is terug te vinden, terwijl hiermee in de praktijk rekening gehouden dient te worden.

- Het aantal artikelen over *psychische stoornissen* is relatief klein en naar mijn gevoel niet in verhouding tot het belang dat deze stoornissen hebben voor patiënten en hun huisarts. Huisartsen publiceren hierover niet in *Huisarts en Wetenschap*, verpleeghuisartsen wel.<sup>16-21</sup> Speelt hierbij de macht van het getal een rol? Het aantal psychisch dysfunctionerende bejaarden in verpleeghuizen is groot, terwijl de huisarts slechts betrekkelijk weinig met dit probleem te maken krijgt.

Het belang van goed somatisch onderzoek alvorens tot de diagnose „psychisch gestoord” wordt besloten, wordt geïllustreerd in vier bijdragen: Brouwer en drie anonieme casuïstische mededelingen beschrijven psychisch dysfunctionerende bejaarden, die later een pernicioze anemie bleken te hebben.<sup>22-25</sup>

- Het zijn vooral internisten, die over *reactivering* van oudere mensen schrijven.<sup>26-28</sup> Dat is niet verwonderlijk, omdat internisten frequent met opgenomen oude mensen geconfronteerd worden en met de invaliderende gevolgen van langdurige bedrust, wanneer revalidatiemogelijkheden ontbreken. De betreffende internisten, Schreuder, Van Proosdij en Stoel zijn geriateren van het eerste uur.

Stoel pleit voor het bijeenbrengen van oude en jongere patiënten op één afdeling om op deze manier een geriatrische afdeling om te bouwen tot een reactivatieafdeling. „Zo gaat weer automatisch wat eerst met moeite op de geriatrische afdeling gerealiseerd kon worden; voor goede reactivering moet voor een goed milieu gezorgd worden”.<sup>26</sup>

De praktische richtlijnen die Michels en Van Proosdij geven, zijn ook nu nog het nalezen waard wegens hun bruikbaarheid voor de dagelijkse praktijksituatie van de huisarts.<sup>7-29</sup>

- Over het *handelen van de huisarts* schrijven huisartsen en twee ex-huisartsen. In deze artikelen leiden reflectie op het eigen handelen vóór het schrijven van het artikel of ten gevolge hiervan tot leerpunten en aanbevelingen. Het best kan ik dit illustreren met een citaat van Van Westreenen: „Nu heb ik mij er enige malen op betrappt bij bepaalde patiënten een eindtoestand te hebben aanvaard, waar deze nog helemaal niet bestond en waar een aanmer-

kelijke verbetering was te bewerkstelligen. Laten we vooral oppassen ons niet door een defaultistische houding te laten meeslepen.”<sup>9</sup>

- De helft van de bijdragen over de *organisatie en het beleid* in de gezondheidszorg voor bejaarden gaat over verpleeghuizen: de opname-indicaties, de onderzoekprocedure en de prognose van verpleeghuispatiënten worden besproken. Trommel en Gips plaatsen kritische kanttekeningen bij de informatie van de huisarts aan de verpleeghuisarts: bij opname van 89 patiënten werd slechts in een op de vijf gevallen door de behandelend huisarts informatie over de patiënt verstrekt.<sup>30</sup>

De resterende artikelen bieden gedateerde informatie over structuur en consumptie van gezondheidszorgvoorzieningen.

### Onderzoek in de eigen praktijk

Vijf auteurs publiceren gegevens die zij in de (eigen) huisartspraktijk hebben verzameld.

- *Van Zonneveld* publiceert in 1962 in *Huisarts en Wetenschap* over zijn groots opgezette TNO-onderzoek, waarbij hij met de hulp van 374 huisartsen zeer veel kwantitatieve gegevens over bejaarden verzamelde. Zijn doel was om inzicht te krijgen in de lichamelijke en geestelijke toestand van personen van 65 jaar en ouder en van een aantal omstandigheden die daarmee verband houden. Voorts was het de bedoeling om de medewerking van huisartsen te peilen en inzicht te krijgen in het vraagstuk van periodiek geneeskundig onderzoek.<sup>31</sup> Zijn beschrijving – in het eerste deel van zijn artikel – van de vele problemen die een dergelijk onderzoek oplevert, is voor iedereen, die onderzoek met een aantal huisartsen entameert, nog steeds het lezen waard.

- De pionier op het gebied van onderzoek bij bejaarden in de eigen huisartspraktijk is *Fuldauer*. In 1963 deed hij bij 241 bejaarden een onderzoek, bestaande uit anamnese, sociale status, geheugenproef en lichamelijk onderzoek.<sup>11</sup> Gemiddeld werden drie afwijkingen per patiënt gevonden. Van de gevonden afwijkingen, waarvan 40 procent aan de eigen huisarts onbekend was, bleken er 178 behandelbaar. Slechts 3,5 procent hiervan kon ernstig genoemd worden. Na behandeling bleek 60 procent van de afwijkingen verbeterd. *Fuldauer* deelt de behandelbare afwijkingen in twee groepen in:
  - interne afwijkingen;

– afwijkingen van belang voor het sociale contact.

In deze laatste categorie vallen kolpitis senilis, hardhorendheid, visusstoornissen en voet- en gewrichtsafwijkingen. Nadat hij dit onderzoek met een dissertatie heeft afgesloten, gaat hij door met anticiperend onderzoek van zijn bejaarde patiënten, dat wil zeggen, hij onderzoekt periodiek die bejaarden die zich voor iets anders tot hem wenden.<sup>32</sup> Hij verantwoordt in 1973 het vervolg van zijn onderzoek in *Negen jaar bejaardenonderzoek*.<sup>14</sup> Hij concludeert dan dat een consequent volgehouden periodiek geneeskundig onderzoek bij bejaarden in de solistische huisartspraktijk niet is te verwezenlijken. Van anamneselijsten, om op het spoor te komen van nog niet bekende aandoeningen, valt weinig te verwachten. Evenals in 1963 beoordeelden de bejaarden hun gezondheidstoestand te rooskleurig. *Fuldauer* concludeert dat de enigszins eufore instelling van bejaarden ten opzichte van hun eigen gezondheidstoestand gunstig, mogelijk zelfs fysiologisch genoemd kan worden.

- *Huygen* brengt in 1972 samen met wijkverpleegster *Schreurs* verslag uit van een eenvoudig gezamenlijk verricht bejaardenonderzoek.<sup>33</sup>

Het medisch onderzoek wordt zeer beperkt gehouden en het sociaal onderzoek door de wijkverpleegster wordt benadrukt. Hierbij komen in 20 procent sociale problemen aan het licht, die grotendeels op het gebied van de huisvesting bleken te liggen. Bij 58 van de 200 onderzochte bejaarden werden 52 symptomen en 21 klachten gevonden, die in ruim 20 procent van de gevallen aanleiding gaven tot therapeutische actie van de huisarts. De conclusie luidt, dat het nuttig rendement van het onderzoek beperkt was en dat de consequenties op sociaal terrein even zinvol waren als op medisch terrein. Dit is mijns inziens een uiting van de verschuiving van *cure* naar *care*.

Een gunstige bijwerking van het onderzoek was, dat de gesprekken met de wijkverpleegster er in resulteerden, dat 15 procent van de bejaarden zich op gaf voor de bejaardengymnastiek en 10 procent voor de bejaardensociëteit.

- In 1975 beschrijft *Burger* eigen onderzoek, waarbij hij lichamelijk onderzoek verricht bij 289 bejaarden (89 uit de eigen praktijk, 100 uit 37 andere praktijken en 100 uit het verpleeghuis) die recent onder klinisch-specialistische behandeling waren geweest.<sup>34</sup> Door het

ontbreken van een kwantitatief overzicht kan vergelijking met de bevindingen van de hierboven genoemde onderzoekers niet plaatsvinden.

Burgers vond elf maligne huidtumoren. Aan de hand van frequent voorkomende oog- en oorafwijkingen en veelvuldig voorkomende hartritmestoornissen worden praktische tips verstrekt. Ook doet hij, net als Huygen in 1972, de aanbeveling om een deel van het onderzoek door de wijkverpleegster te laten verrichten.

• Het recente artikel van *Brouwer* over het effect van het eenmalig geriatrisch consult op de hulpverlening door de huisarts leidt tot de conclusie dat een dergelijke eenmalige consultatie tot versterking van de huisartsgeneeskundige hulp aan bejaarden kan leiden.<sup>35</sup>

## Beschouwing

Op mijn primaire vraag of in *Huisarts en Wetenschap* een neerslag te vinden is van het feit dat bejaarden steeds meer tijd en aandacht van hun huisarts vragen, luidt het antwoord: nee. Het aantal publikaties over specifieke bejaardenproblematiek neemt niet toe.

Het NHG zag reeds in 1961 het belang van aandacht voor oudere patiënten in en wijdde een deel van zijn congres aan de taak van de huisarts bij de zorg voor bejaarden. Na 1969 verschijnen er geen publikaties meer van uitsluitend specialistische zijde en na 1975 worden geen nascholingsvoordrachten meer afgedrukt. Publikaties van huisartsen over eigen onderzoek op dit gebied zijn schaars. Het onderzoek dat in de huisartspraktijk is gedaan, levert een belangrijke bijdrage aan onze kennis van morbiditeit en behandelingsmogelijkheden van bejaarden thuis.

Het redactioneel beleid heeft tamelijk veel invloed op aantal en soort publikaties. De publikaties in topjaar 1965 kwamen op initiatief van de redactiecommissie tot stand en de helft van de casuïstische bijdragen eveneens.

Het aantal casuïstische bijdragen van huisartsen is relatief groot, terwijl een aantal huisartsen, uitgaande van casuïstiek, met behulp van literatuurgegevens conclusies voor het handelen in de praktijk afleiden. Wellicht kan het publiceren door huisartsen bevorderd worden

door deze voor de hand liggende mogelijkheid te stimuleren: casuïstiek in de praktijk onderbouwen met literatuurgegevens en publiceren. Bij de ontwikkeling van het huisartsenberoep van praktische professie tot wetenschappelijke discipline zou dit een stap in de goede richting kunnen zijn. Dit geldt ook voor het onderwijs, waar aan schrijven over ons vak weinig aandacht wordt besteed. Nu de zorg voor bejaarde patiënten zowel kwalitatief als kwantitatief steeds meer tijd en aandacht van de huisarts gaat vragen, moet de geriatrische ontwikkeling van de huisarts én als vakman én als wetenschapsbeoefenaar gestimuleerd worden. Met name de vroege opsporing van het complex van factoren dat de zelfredzaamheid van bejaarden kan bedreigen, zou volop de aandacht van de huisarts verdienen.<sup>36</sup>

<sup>1</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

<sup>2</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en cultureel rapport. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

<sup>3</sup> Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

<sup>4</sup> Thompson MK. Why not better care for the elderly? J R Coll Gen Pract 1982; 32: 113.

<sup>5</sup> Pameijer JK. Optische hulpmiddelen bij slechte gezichtsscherpte. Huisarts en Wetenschap 1960; 3: 424.

<sup>6</sup> Gill K. Kinderen: een verpieterd onderwerp. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 397-40.

<sup>7</sup> Anoniem. Geriatrie [Redactioneel]. Huisarts en Wetenschap 1965; 8: 19.

<sup>8</sup> Michels JJM. Behandeling van spastische hemiplegie. Huisarts en Wetenschap 1958-59; 2: 147-150.

<sup>9</sup> Michels JJM. Enige vergissingen bij de diagnose prostaathypertrofie. Huisarts en Wetenschap 1959-60; 3: 354-6.

<sup>10</sup> Westreenen E van. Zogenaamde hopeloze gevallen. Huisarts en Wetenschap 1961; 4: 20-2.

<sup>11</sup> Fuldauer A. Huisarts en bejaardenonderzoek. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 99-102.

<sup>12</sup> Fuldauer A. De huisarts als medisch adviseur van een verzorgingstehuis. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 292-4.

<sup>13</sup> Fuldauer A, Rijdt AJ te. De diabetescontrole bij bejaarde patiënten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1969; 12: 183-4.

<sup>14</sup> Fuldauer A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 135-47.

<sup>15</sup> Michels JJM. Obstipatie bij bejaarden. Huisarts en Wetenschap 1963; 245-9.

<sup>16</sup> Westreenen E van. Gemiste mogelijkheden thuis. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 140-3.

<sup>17</sup> Fuldauer A. Psychisch dysfunctioneren van bejaarden. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 55-8.

<sup>18</sup> Anoniem. Casuïstiek [Van de redactiecommissie]. Huisarts en Wetenschap 1960; 3: 119.

<sup>19</sup> H. Bij de twintigste jaargang. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 3.

<sup>20</sup> Deveer JM. De taak van de huisarts bij de zorg voor de bejaarden. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 172-3.

<sup>21</sup> Haar HW ter. Geestelijk gestoorde bejaarden. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 327-32.

<sup>22</sup> Brouwer D. Enkele medische, sociaal-medische en psychologische aspecten van de onrust bij bejaarde patiënten. Huisarts en Wetenschap 1959-60; 3: 112-6.

<sup>23</sup> Anoniem. Caveant consules. Huisarts en Wetenschap 1959-60; 3: 173.

<sup>24</sup> Anoniem. Patiënten met een etiket. Huisarts en Wetenschap 1959-60; 3: 260.

<sup>25</sup> Anoniem. Otto de Leeuw. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 106.

<sup>26</sup> Stoel L. Reactivering in de geriatrie. Huisarts en Wetenschap 1964; 7: 313.

<sup>27</sup> Schreuder JThR. De bejaarde patiënt, diagnose, therapie en prognose. Huisarts en Wetenschap 1965; 8: 193-6.

<sup>28</sup> Proosdij J van. De menselijke motoriek speciaal bij bejaarden. Huisarts en Wetenschap 1965; 8: 223-9.

<sup>29</sup> Proosdij J van. Stoornissen in de bloedsomloop van hersenen van bejaarden. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 16-27.

<sup>30</sup> Trommel J, Gips Ch. Informatie over de psychogeriatrische patiënten. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 140-3.

<sup>31</sup> Zonneveld RJ van. Het TNO-bejaardenonderzoek met inschakeling van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1961; 4: 210-5; 235-40.

<sup>32</sup> Fuldauer A. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Hengelo: Insulinde, 1966.

<sup>33</sup> Huygen FJA, Schreurs BGW. Huisarts en wijkverpleegster: proefneming met een eenvoudige gezamenlijk te verrichten bejaardenonderzoek. Huisarts en Wetenschap 1972; 15: 41-6.

<sup>34</sup> Burger AKC. Enkele tips en kanttekeningen bij het lichamelijk onderzoek, van de patiënt. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 456-61.

<sup>35</sup> Brouwer W. Het eenmalig geriatrisch consult. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 140-3.

<sup>36</sup> Biesenbeek FJ. Een persoonlijke visie op gezondheidszorgbeleid voor de thuiswonende bejaarde. Tijdschr Gerontol Geriatr 1982; 13: 99-106.