



Oud worden een luxe, oud zijn een uitdaging

Iatrogeen artefact

Tijdens een visite bij een 92-jarige patiënte kwamen leven en dood ter sprake. Zij vertelde mij van haar angst voor de dood, terwijl ze eigenlijk klaar was met leven. In haar uitspraak *ik wil wel oud worden maar niet oud zijn* ligt de tragiek van lang leven besloten. De leeftijd die mensen kunnen bereiken, hangt in hoge mate af van waar en wanneer zij zijn geboren. Gezien vanuit andere landen – de Derde Wereld – of vanuit andere tijden – het Romeinse Rijk – is de ouderdom, zoals die zich aan ons voordoet, een artefact, een iatrogeen artefact.¹

In deze negende aflevering van *Huisarts & Praktijk* staat het huisartsgeneeskundig handelen bij bejaarde patiënten centraal. Zoals gebruikelijk worden patiënten van 65 jaar en ouder bejaard genoemd. Bejaarde patiënten vormen echter allerminst een homogene groep. Tussen jong-bejaarden en hoogbejaarden ligt een generatie verschil. Anderzijds gaan bejaarde patiënten met het stijgen der jaren tal van overeenkomsten vertonen, zoals een toenemende kwetsbaarheid, verminderde flexibiliteit, een andere sociale positie en een ander levensperspectief.

Nu al leggen bejaarde patiënten beslag op een belangrijk deel van de aandacht en de tijd van hun huisarts en dat zal in de toekomst alleen maar toenemen door de groei van het aantal bejaarden, door beleidsbeslissingen en door maatschappelijke veranderingen.² Op dit moment zijn de vooruitzichten als volgt:

Vooraf categorieën die een groot beroep op de huisarts doen, zoals vrouwen, hoogbejaarden en alleenstaanden, nemen in aantal toe. Tot 2010 zal het aantal bejaarden geleidelijk toenemen van 1,6 miljoen (11,5 procent van de bevolking) tot 2,3 miljoen (14,5 procent) om dan, ten gevolge van de pensionering van de naoorlogse geboortegolf, met een sprongetje te stijgen tot 3,2 miljoen (21 procent) in 2030. Het aantal 85-plussers verdubbelt van 120.000 in 1980 tot 240.000 in 2000 en stijgt dan tot 300.000 in 2030. Onder deze hoogbejaarden bevinden zich tweemaal zoveel vrouwen als mannen en ruim 90 procent van hen is alleenstaand.^{3 4}

Verzorging

Het beleid om institutionele zorg zoveel mogelijk te beperken, zal tot gevolg hebben dat meer bejaarde patiënten thuis extra medische zorg van de huisarts vragen. Samen met de wijkverpleegkundige is de huisarts in staat tot adequate medische *behandeling*.

De *verzorging* vormt in de eerste lijn echter vaak de bottle-neck. De partner en de vrouwelijke familieleden van bejaarde patiënten nemen nu reeds het leeuwedeel van de verzorging op zich. Als deze mantelzorg ontbreekt, te kort schiet of decompenseert, is professionele verzorging nodig. Versterking van de eerste lijn – reeds jarenlang met de mond beleden – is op het punt van de thuisverzorging voor bejaarde patiënten die thuis willen of moeten blijven, van levensbelang.

Het is opvallend dat zelfzorg en mantelzorg alleen ter sprake komen bij de verzorging van thuiswonende bejaarden en dat bij opgenomen bejaarden uitsluitend van professionele verzorging sprake is. Er zou meer hulp en ondersteuning vanuit de instituten aan de thuissector geboden kunnen worden bij een gedecentraliseerde en wijkgerichte aanpak van verzorgings- en verpleeghuizen. Omgekeerd zouden familie, kennissen en burens bij opgenomen bejaarden meer taken kunnen vervullen.

Geriatric

Een teken dat men in de gezondheidszorg anticipeert op de problemen die het gevolg zijn van de toename van bejaarde patiënten, is de erkenning – na jarenlange strijd – van het specialisme *geriatric* in 1981. Geriatric wordt gedefinieerd als de geneeskunde ten behoeve van hoogbejaarden die door een veelvoud van ziekten, uitval van lichamelijke en geestelijke functies en/of ontregelde sociale situaties, een complex ziektebeeld vertonen.⁴ In wezen gaat het hier om integrale zorg, zoals de huisarts die tot zijn taak rekent, maar dan voor een bepaalde categorie patiënten. Geriatric is geen specialisme, maar een generalisme. Dat dit tot velen niet is doorgedrongen, blijkt onder meer uit het feit dat het recent verschenen leerboek der geriatric geen huisarts onder zijn auteurs telt en dientengevolge geen specifieke huisartsgeneeskundige bijdragen bevat.⁵

De huisartsen zijn hier overigens zelf mede schuldig aan. Zij worden niet gehoord, maar ze laten zich ook niet horen – laat staan lezen. In 1961 wijdde het NHG zijn congres aan de taak van de huisarts bij de zorg voor bejaarde patiënten. Sindsdien zijn bitter weinig publikaties van huisartsen over dit onderwerp verschenen.⁶ De meeste publikaties over bejaarde patiënten zijn dan ook gebaseerd op gegevens uit geselecteerde populaties (verpleeghuispatiënten, ziekenhuispatiënten, cliënten van SGD of indicatiecommissie), zodat ook in de literatuur het vooroor-

deel dat ouderdom gepaard gaat met ziekte en gebreken, wordt versterkt.

Het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen heeft mede om deze redenen een centrale plaats in zijn onderzoekprogramma ingeruimd voor het onderzoek naar de zorg voor oudere patiënten.

Nieuwkomers

Deze speciale uitgave is aangegrepen als aanleiding om een aantal huisartsen te prikkelen hun gegevens, ervaringen en literatuurbevindingen op papier te zetten. De redactiecommissie heeft er daarbij naar gestreefd een groot aantal aspecten van de huisartsgeneeskundige zorg voor bejaarde patiënten te laten belichten door auteurs die nog niet of nauwelijks eerder in *Huisarts en Wetenschap* hebben gepubliceerd. Dit heeft geresulteerd in 21 artikelen van 26 auteurs, van wie bijna de helft nieuwkomers.

Het bleek zowel voor ervaren als voor de beginnende auteurs aanvankelijk buitengewoon moeilijk om de omvang van hun bijdragen te beperken tot het door de redactiecommissie gevraagde aantal pagina's. Zonder hun inspanning om in steeds nieuwere versies met steeds minder woorden de essentie van hun onderzoek of betoog weer te geven, zou deze *special* zijn uitgedijd tot onhanteerbare proporties.

Kwantitatieve informatie en friendly visiting

Bij de samenstelling van deze *special* is traditiegetrouw veel aandacht besteed aan kwantitatieve informatie uit de huisartspraktijk. De bijdragen van *Schellekens en Hilderink*, *Voorn*, *Branbergen* en *Rijpma* getuigen daarvan.

Daarnaast is in een aantal artikelen aandacht besteed aan een bekende controversie, in de sfeer van de vorige *special*: in hoeverre moeten huisartsen afwachten en op afroep beschikbaar zijn, dan wel zelf initiatieven ontplooiën en zonder dat de bejaarde daarom vraagt bezoeken afleggen? *Kingma* en *Van der Werf* belichten de voor- en nadelen van *friendly visiting*, een vorm van huisartsgeneeskundig handelen die sterk beladen is met normen en waarden en die nog nooit systematisch is onderzocht.

We worden hier geconfronteerd met het fundamentele onderscheid tussen bejaarde mensen en bejaarde patiënten. Geen huisarts zal betwisten dat een consequente follow-up en kritische bewaking van meervoudige medicatie bij patiënten noodzakelijk is. Over het effect van ongevroegde bezoeken aan gezonde ouderen lopen de meningen echter uiteen. Vele ouderen vinden het een veilig gevoel, als de huisarts ongevroegd een visite aflegt. Daarnaast zijn er recent

gunstige effecten beschreven door *Henriksen et al.*⁷ Zij onderzochten gedurende drie jaar de consequenties van regelmatig (eenmaal per kwartaal) huisbezoek door getrainde interviewers aan 285 bejaarden van 75 jaar en ouder. Zij vonden een vermindering van het aantal sterfgevallen en een aanzienlijke vermindering van het aantal heropnamen in ziekenhuizen bij de regelmatig bezochte bejaarden, wat een aanzienlijk financieel voordeel opleverde. Er bleek geen effect op de opnamen in het verpleeghuis. Of dit interventie-onderzoek ook leidde tot een langere duur van de zelfstandigheid, vrij van belemmeringen, wordt niet vermeld.

Kwaliteit van het leven

Nu het hier in Nederland gelukt is om voor de meeste mensen de dood tot op hoge leeftijd uit te stellen, moet meer aandacht geschonken worden aan de kwaliteit van het leven: aan het tegengaan van morbiditeit en het handhaven van lichamelijke, emotionele en intellectuele capaciteiten tot kort voor de dood.⁸ Het oude adagium, dat het belangrijker is *hoe men oud wordt* dan *hoe oud men wordt*, kan vertaald worden in vragen naar lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. In plaats van de dood, is het verlies van zelfstandigheid, het eindpunt van het actieve leven, het criterium.

Katz et al. berekenden dat 65-jarigen nog 10 actieve jaren kunnen verwachten en 85-plussers nog drie. Er bestond geen verschil tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hadden in verband met hun langere levensverwachting meer afhankelijke levensjaren voor de boeg. Er bestonden wel duidelijke verschillen tussen rijk en arm. In de laagste inkomensklasse hadden 65-jarigen 2,5 minder actieve levensjaren voor de boeg, op 75-jarige leeftijd was dit verschil tot één jaar teruggelopen.⁹

Colvez and Blachet hebben – niet speciaal bij ouderen – de invloed van de verschillende aandoeningen op *mortaliteit* en *functionele beperkingen* gewogen en vergeleken. Hierbij vonden zij frappante verschillen. Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste doodsoorzaak en nemen de tweede plaats in bij de functionele beperkingen. Aandoeningen van het bewegingsapparaat, inclusief neurologische stoornissen, leveren de meeste handicaps op, terwijl zij op de ranglijst van doodsoorzaken op de zevende plaats staan. Neoplasma's, die na cardiovasculaire aandoeningen de belangrijkste doodsoorzaak vormen, leveren een bescheiden bijdrage aan de functionele beperkingen.¹⁰ Zoals uit het artikel over totale heuparthroplastiek blijkt, kan de huisarts bij diagnostiek, maar

vooral bij revalidatie, een belangrijke rol spelen en zo bij aandoeningen die handicaps meebrengen, een bijdrage leveren aan de kwaliteit van het leven van bejaarde patiënten.

Emancipatie

Het is de vraag of de huidige emancipatiebeweging invloed zal hebben op de levensverwachting van mannen en vrouwen en op hun zelfstandigheid. In de meeste publikaties wordt geen onderscheid gemaakt tussen de invloed van deze emancipatie op toekomstige generaties bejaarden en op de hulp en mantelzorg. Op beide terreinen wordt vergeten dat emancipatie een maatschappelijk proces is, met invloed op mannen én vrouwen. De meeste aandacht wordt besteed aan het teruglopen van mantelzorg door vrouwen, ten gevolge van hun grotere deelname aan het arbeidsproces buitenshuis.¹¹ Dat mannen, ten gevolge van arbeidstijdverkorting en vervroegde pensionering, meer mantelzorg kunnen verlenen, blijft buiten beschouwing.

Bij de bejaarden zelf leveren mannen een groter aandeel in het vrijwilligerswerk dan vrouwen. Ruim 50 procent van de 65-plussers (en ruim 25 procent van de 75-plussers) doet vrijwilligerswerk en ruim 10 procent (respectievelijk 5 procent) zou meer willen doen.¹²

Er zijn aanwijzingen dat emancipatie op vrouwen een positief effect heeft, zodat zij zich op latere leeftijd langer zelfstandig kunnen en willen handhaven. Misschien zijn in de toekomst ook positieve effecten van emancipatie op de levensduur van mannen te verwachten.

Eerstelijnsgeriater bij uitstek

Wat betekenen de genoemde aspecten voor huisartsen en hun zorg voor bejaarde patiënten?

Een geleidelijke, doch tamelijk fundamentele verandering, waarbij aandacht voor levensduur, mortaliteit en ziekten, verlegd wordt naar aandacht voor kwaliteit van leven, functioneren en gezondheid. Respect voor de eigen opvatting van bejaarden. Verwerven van kennis en vaardigheden door nascholing, aangezien het onderwijs in de geriatrie aan de meeste medische faculteiten nog in de kinderschoenen staat. Afstemmen van de praktijkvoering en de bereikbaarheid op bejaarden. Eventuele uitbreiding van de curatieve zorg tot een huisartsenkliniek naar het voorbeeld van de Britse *community clinic*, de Noorse *sykestua* of een behandelingsafdeling in het verzorgingshuis naar Deens model. Samenwerking met anderen in eerste en tweede lijn. Anticiperen zonder

screening, alert zijn zonder betutteling. En last but not least, omzetten van de bemoeienissen en de grote betrokkenheid die uit deze artikelen straalt, in harde gegevens ter onderbouwing van mijn favoriete stelling:

De huisarts is de eerstelijnsgeriater bij uitstek.

B. Meyboom-de Jong

¹ Thung PJ. Over de zogenaamde normale veroudering. Huisarts en Wetenschap 1965; 8: 19-27.

² Knox JDE, Anderson RA, Jacob A, Campion PD. General practitioners' care of the elderly: studies of aspects of workload. JR Coll Gen Pract 1984; 34: 194-8.

³ CBS. Prognose van de bevolking van Nederland na 1980. Den Haag: CBS, 1982.

⁴ Hellemans J, Kammen-Van Wijnmalen EHM. De ontwikkeling van de geriatrie tot een klinisch specialisme. Tijdschr Gerontologie Geriatrie 1982; 13: 53-9.

⁵ Schouten J, Leerink C, Bender J. Leerboek der geriatrie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.

⁶ Meyboom-de Jong B. Van oude mensen, de dingen die geschreven zijn. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 12-5.

⁷ Henriksen C, Lund E, Strømgård. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. Br Med J 1984; 298: 1522-4.

⁸ Fries FJ. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980; 303: 130-5.

⁹ Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active life expectancy. N Engl J Med 1983; 309: 1218-24.

¹⁰ Colvez A, Blanchet M. Potential gains in life expectancy free of disability: a tool for health planning. Int J Epidemiology 1983; 12: 224-9.

¹¹ Stuurgroep Toekomstscenario's gezondheidszorg. Ouder worden in de toekomst. Amsterdam: Kobra, 1984.

¹² CBS. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder-1982. Den Haag: CBS, 1984.

