Zelfstandigheid van bejaarden

B. MEYBOOM-DE JONG

De huisarts wordt met enige regelmaat geconfronteerd met mensen die vinden dat ze zich niet langer zelfstandig kunnen handhaven. In dat verband rijzen verschillende vragen, zoals: wat moeten we verstaan onder zelfstandig functioneren, over welke meetinstrumenten kunnen we beschikken, en wat kan de huisarts doen om de zelfstandigheid van bejaarden te bevorderen?

Inleiding

Jaarlijks worden bijna 40.000 verzoeken om opname in een verzorgingshuis ingediend bij de *indicatiecommissies,* de commissies ex art. 6j van de Wet op de Bejaardenoorden. Die verzoeken hebben betrekking op 2,3 procent van alle bejaarden.[1] In 75 procent van de gevallen wordt vervolgens met de hoogste urgentie opname geadviseerd wegens een of meer handicaps *(tabel 1).*
Voordat een dergelijk advies wordt gegeven, wordt meestal de huisarts om inlichtingen gevraagd. Voor de huisarts met een doorsneepraktijk met 2500 mensen, van wie 12 procent bejaard, gaat het om circa zes verzoeken per jaar. De huisarts wordt aldus met enige regelmaat geconfronteerd met mensen die vinden dat ze niet langer in staat zijn zich zelfstandig te handhaven.
In deze bijdrage komt aan de orde:
- wat moeten we verstaan onder zelfstandig functioneren, en welke factoren spelen daarbij een rol?
- over welke meetinstrumenten kunnen we beschikken om zelfstandigheid vast te stellen?
- welke factoren spelen een rol bij opname van patiënten in het verzorgingshuis?
- wat kan de huisarts doen om de zelfstandigheid van bejaarden te handhaven of te bevorderen?

Tabel 1. *Beperkingen die in 1981 leidden tot een zeer urgent advies tot opname in een verzorgingshuis. Percentages, n = 38.139 aanvragers.*

Beperkingen van het gezichtsvermogen	7
Beperkingen van de algemene dagelijkse levensverrichtingen	17
Beperkingen van de huishoudelijke activiteiten	49
Sociale omstandigheden plus beperkingen van huishoudelijke activiteiten	22
Beperkingen van de geestelijke toestand plus huishoudelijke activiteiten	18

Zelfstandig functioneren

Zelfstandigheid is een relatief begrip, dat in een bepaalde sociaal-culturele context en in een bepaalde tijd moet worden gedefinieerd.
Zelfstandigheid betekent niet: geheel op zichzelf en onafhankelijk functioneren, zonder relaties en zonder hulp of voorzieningen. Hulp (bejaardenhulp) en voorzieningen (*tafeltje dekje,* alarmsystemen) vormen zelfs belangrijke voorwaarden voor zelfstandig functioneren in het eigen milieu. Het begrip zelfstandigheid is dan ook niet precies af te grenzen van enerzijds „geheel zelfstandig" (volwassenen in een eigen huis met eigen inkomsten en eigen relaties) en anderzijds „totaal afhankelijk" (geïnstitutionaliseerde permanent verplegingsbehoeftigen).
De mate van zelfstandigheid van oudere patiënten valt globaal af te leiden van hun huisvesting. Iemand in zijn eigen huis is zelfstandiger dan iemand in een bejaardenoord, en iemand die thuis woont en eenmaal per week hulp heeft voor het zware werk, is zelfstandiger dan iemand die thuis woont, dagelijks bejaardenhulp heeft en van *tafeltje dekje* eet. *Zelfstandig functioneren* zou ik dan ook willen definiëren als: leven in het eigen milieu, in het eigen (huur)huis, alleen of met anderen, zonder dat toezicht of voortdurende hulp nodig is, en zonder dat gevaar voor eigen of andermans leven bestaat.

De factoren die daarbij een rol spelen, zijn te onderscheiden in:
- lichamelijke factoren;
- psychische factoren;
- milieu-variabelen (materiële, medemenselijke en sociaal-culturele factoren);[2]
- levensloopervaringen.[3]

Deze factoren zijn niet onafhankelijk van elkaar; ze beïnvloeden elkaar, soms in negatieve, soms in positieve zin. *Elder* illustreert het verband tussen milieu, levensloop en zelfstandigheid op oudere leeftijd met zijn onderzoek bij oude Amerikaanse vrouwen die in de dertiger jaren ten gevolge van de crisis als kostwinner voor hun gezin moesten optreden. Vrouwen uit de middenklasse die, gesteund door opleiding en hulp van familie, er in waren geslaagd zich zelfstandig te handhaven, bleken op hun oude dag minder vaak naar de dokter te gaan en minder vaak in verzorgingshuizen terecht te komen dan oudere arbeidersvrouwen die hun zelfstandigheid veel minder succesvol hadden weten te verdedigen.[3]
Het is vooral de *functionele toestand* – de resultante van de verschillende krachten – die de mate van zelfstandigheid bepaalt en niet de diagnose.[4] Mensen met dezelfde afwijking of ziekte verschillen vaak zeer in hun beperkingen en in de mate waarin zij zelfstandig zijn. Juist bij ouderen gaat herstel van een ziekte niet altijd zonder meer gepaard met herstel van functie. Bij hen is een actieve revaliderende instelling noodzakelijk om te voorkomen dat de functies zich na een ziekte op een lager niveau stabiliseren.

Meetinstrumenten

In het voorafgaande heb ik zelfstandigheid gerelateerd aan de huisvesting. De huisarts heeft echter behoefte aan een meer subtiel instrument om de functionele toestand vast te stellen, een instrument waarmee hij tijdig kan signaleren wanneer de zelfstandigheid van een bejaarde wordt bedreigd. Daarnaast zou een dergelijk instrument kunnen dienen voor onderzoek naar de samenhang tussen enerzijds bepaalde klachten en aandoeningen en anderzijds een verminderde zelfstandigheid.
Zo'n meetinstrument zou aan een aantal criteria moeten voldoen:
- het moet geschikt zijn om een aantal gedefinieerde functies gemakkelijk vast te stellen;
- het moet praktisch bruikbaar zijn om bejaarden die risico lopen, op te sporen en om voor hen interventieprogramma's op te stellen;
- het moet bruikbaar zijn voor het leveren van informatie voor het opstellen van beleid, en voor het beoordelen van

de werkzaamheid en doeltreffendheid van gezondheidszorg en sociale voorzieningen.[5]
Welke meetinstrumenten staan de Nederlandse huisarts nu ten dienste om de functionele toestand van zijn patiënten vast te stellen, en hoe bruikbaar zijn die instrumenten?
De ADL-schaal voor het registreren van de Activiteiten van het Dagelijks leven (ADL) en de mobiliteitsscore, die ontwikkeld zijn voor het verpleeghuis, zijn voor de huisartspraktijk te beperkt.[6 7] Ook de Beoordelingsschaal voor Ouderen (BOP), die in verschillende situaties is getest, blijkt te specialistisch gericht op de psychogeriatrische patiënt.[8 9]
Het door de *indicatiecommissies* gebruikte beoordelingsformulier lijkt op het eerste gezicht zeer bruikbaar voor de huisartspraktijk; alle relevante onderwerpen komen hierin aan de orde. Uit onderzoek blijkt echter dat de beoordelingen die hiermee worden gegeven, niet consistent zijn.[1 10] Eveneens bruikbaar lijkt een lijst van *Michels*,[11] doch de betrouwbaarheid en validiteit hiervan zijn nooit onderzocht.

Fillenbaum geeft een uitvoerig overzicht van beoordelingslijsten, die voor een deel op betrouwbaarheid en validiteit zijn getoetst.[4] Voor zover mij bekend, is geen van deze lijsten in Nederland in gebruik. In het bijzonder wil ik hier een door *Nelson et al.* ontwikkelde functievragenlijst noemen, waarmee beperkingen van lichamelijke functies, ADL, mobiliteit, huishoudelijke activiteiten en belemmeringen van psychische functies kunnen worden beoordeeld, speciaal bij patiënten in de eerste lijn. Deze lijst is in de Verenigde Staten bruikbaar, betrouwbaar en valide gebleken.[12]

Opgenomen in het verzorgingshuis

Wat zijn de overwegingen om een bejaarde tenslotte in een verzorgingstehuis op te laten nemen? Over dit onderwerp bestaat geen onderzoek, zodat ik hier moet volstaan met een analyse van mijn eigen praktijkervaringen.
Op 1 januari 1985 woonden er van de 330 bejaarden die toen tot de praktijk behoorden – 13 procent van de totale praktijkpopulatie – elf in een verzorgingshuis; zeven anderen waren in de voorafgaande twee jaar overleden of waren verhuisd naar een verpleeghuis *(tabel 2)*.
Bij twaalf van deze achttien mensen vormden lichamelijke beperkingen de

Tabel 2. *De bejaarden uit de praktijk die in de periode 1983-1985 in het verzorgingshuis verbleven.*

	Geslacht	Leeftijd	Burgerlijke staat	Aandoeningen	Reden van opname		
					lich.	psych.	soc.
1.	V	78	weduwe	psychoneurose gonartrose		+	+
2.	V	83	weduwe	coronairinsufficiëntie diabetes mellitus diverticulitis hernia diafragmatica pernicieuze anemie	+		+
3.	V	68	gehuwd	intelligentia parva		+	+
4.	M	67	gehuwd	mobiliteit gehandicapt na collumfractuur	+		+
5.	V	91	gehuwd	CVA: afasie, parese rechter arm en been slechtziend slechthorend	+		
6.	M	91	gehuwd	slechthorend			+
7.	V	88	ongeh. samenw. met broer	recidiverende ulcera crura mobiliteit beperkt slechtziend, cataractoperatie recidiv. urineweginfecties	+		+
8.	V	67	weduwe	geagiteerde depressie hysteriform pathologische rouwverwerking		+	
9.	V	90	weduwe	spondylarthrose valneiging, slechtziend overbezorgde dochter	+		+
10.	V	82	gehuwd	osteoarthrose schouder huish.act.beperkt	+		+
11.	M	87	gehuwd	verward (arteriosclerotische dementie) slechtziend (cataract geopereerd) prostaathypertrofie Adam-Stokes aanvallen t.g.v. coronairsclerose hardhorend	+	+	
12.	V	90	weduwe	zeer slechtziend CVA coronairinsufficiëntie veneuze insufficiëntie	+		+
13.	M	88	weduwn.	slechtziend hardhorend lich. en psych. aftakelend	+	+	
14.	M	84	weduwn.	depressief na dood vrouw in verzorgingshuis CVA		+	+
15.	V	80	weduwe	coronairinsufficiëntie ernstige reumatoïde arthritis	+		
16.	V	80	weduwe	CVA: parese, kwijlen, apathie adipositas naar verpleeghuis	+		
17.	M	93	ongeh. met zuster	ernstige verwardheid: arteriosclerotische dementie slechtziend hardhorend	+	+	
18.	V	80	weduwe	recidiverende depressies met vage buikklachten arteriosclerotisch gangreen na beenamputatie naar verpleeghuis	+	+	

De patiënten 1-6 zijn vóór 1 januari 1983 opgenomen, de patiënten 7-11 daarna; de patiënten 12-18 zijn in deze periode overleden of verhuisd.

reden tot opname, bij één derde speelden psychische factoren de belangrijkste rol. Sociale factoren waren nooit de enige reden tot opname, maar speelden wél een belangrijke rol in combinatie met andere factoren.

Bij nauwkeurige beschouwing van de redenen die tot opname hebben geleid, vallen een aantal zaken op:

- De leeftijd van de opgenomen bejaarden is hoog. Bij de vier mensen die jonger zijn dan 80 jaar, hebben zonder uitzondering psychische redenen een belangrijke rol gespeeld bij de opname.
- Twee vrouwen werden opgenomen samen met hun echtgenoot en één vrouw samen met haar broer, met wie zij levenslang had samengewoond. In alle gevallen was de hulpbehoevendheid van de man, in combinatie met het onvermogen van de vrouw om hem thuis te verzorgen, de reden tot opname. Na het overlijden van de man waren deze vrouwen in het verzorgingshuis ingeburgerd. Zij konden niet meer naar hun vroegere woning terug, hoewel zij op dat moment geen verzorging nodig hadden.
Hier wreekt zich het gemis aan aanleunwoningen, waar de overblijvende partner die nauwelijks vezorging nodig heeft, kan gaan wonen. Aanleunwoningen zouden de zelfstandigheid van de „goede overblijvers" bevorderen.
- Twee echtparen werden in het verzorgingshuis opgenomen kort na de ziekenhuisopname van één van de partners. Bij het ene echtpaar bleef de man na een dijbeenfractuur ernstig gehandicapt in zijn bewegingsmogelijkheden, terwijl zijn zwakbegaafde vrouw niet in staat was haar man thuis te verzorgen. Bij het andere echtpaar decompenseerde de vrouw, die een ernstige osteoartrose van de schouder had, toen haar man na een specialistisch geïnitieerde cataractoperatie thuiskwam en zij niet in staat bleek hem te oogdruppelen. De man was tijdens de opname geestelijk erg achteruit gegaan. Hij vond zijn gezichtsvermogen niet verbeterd.
Achteraf valt in dit laatste geval niet met zekerheid te zeggen of de ziekte die tot de ziekenhuisopname leidde, of de ziekenhuisopname zelf de genadeslag aan de zelfstandigheid van het echtpaar heeft toegebracht. Waarschijnlijk hadden deze mensen zonder cataractoperatie langer thuis kunnen functioneren. Overleg met de huisarts had de opererende specialist op het risico van decompensatie van zelfstandigheid van het echtpaar kunnen wijzen.
- In verband met een ander onderzoek is aan alle elf patiënten die op 1 januari 1985 in het verzorgingshuis woonden, een vragenlijst voorgelegd waarop zij belemmeringen in hun lichamelijk en psychisch functioneren konden aangeven. Van de alleenstaanden voelde niemand zich zeer ernstig belemmerd, van de drie echtparen gaf steeds één van de partners aan zeer ernstig belemmerd te zijn: tweemaal lichamelijk en éénmaal psychisch. Dit stemt overeen met de ervaring dat echtparen zich langer zelfstandig staande weten te houden en pas opgenomen worden als hun functionele belemmeringen zeer ernstig zijn.

Beschouwing

Door de overheid wordt, zij het voornamelijk uit financiële overwegingen, bepleit dat bejaarden zo lang mogelijk in hun eigen milieu blijven wonen. De ouderenbonden steunen dit pleidooi en individuele thuis wonende bejaarden zeggen desgevraagd dat ze het liefst in hun eigen huis willen blijven wonen. Zelfstandigheid vormt kortom een belangrijk aspect van de kwaliteit van het leven en het verzorgingshuis is voor veel ouderen geen aantrekkelijk alternatief. De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij het bevorderen of handhaven van de zelfstandigheid van zijn bejaarde patiënten door te zorgen dat zij zo lang mogelijk in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Hiertoe moet hij aandacht schenken aan hun functionele toestand. In dat verband is het zinvol ook te vragen hoe de bejaarde zelf denkt over zijn functioneren en zijn gezondheidstoestand; de antwoorden op deze vragen zouden wel eens van grote voorspellende waarde kunnen zijn. Nader onderzoek hiernaar lijkt mij gewenst.

Speciale aandacht van de huisarts voor diegenen die in een labiel evenwicht verkeren, is van groot belang. Te denken valt aan:
- bejaarde echtparen van wie één partner in een zeer slechte toestand verkeert;
- mensen van 80 jaar en ouder;
- bejaarden met psychische problemen;
- bejaarden vlak voor en na een ziekenhuisopname;
- combinatie van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen.

Het is gewenst dat over ingrijpende (be)handelingen, zoals operaties en ziekenhuisopnamen, wordt overlegd met de *eigen* huisarts. Soms wordt tijdens een avond- en weekenddienst getracht druk uit te oefenen op de waarnemer om een opname met spoed te realiseren. Dit kan een labiel evenwicht verstoren en zelfstandig functioneren in de toekomst onmogelijk maken.

Het zou interessant zijn om de verschillen en overeenkomsten – vooral in functionele toestand – tussen thuis en in een verzorgingshuis wonende bejaarden te onderzoeken, zoals eerder is gebeurd bij bejaarden uit verzorgingshuizen en verpleeghuizen. *Remmen* bleek in staat, op grond van ADL, mobiliteit en hulpindex, in ongeveer 80 procent van de gevallen correct te „voorspellen" of een bejaarde in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis woonde.[13]

[1] Anoniem. Indicatiecommissies bejaardenoorden 1 januari 1981-31 december 1981 [Statistisch cahier 25]. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1982.
[2] Sipsma DH. In wankel evenwicht. Ned Tijdschr Geront 1973; 4: 13-22.
[3] Elder GH. Historical experiences in later years. In: Hareven TJK, Adams KJ, eds. Aging and life course transitions: an interdisciplinary perspective. New York: Tavistock, 1982.
[4] Fillenbaum GG. The wellbeing of the elderly [Internal report]. Copenhagen: WHO, 1982.
[5] WHO scientific group on the epidemiology of aging. The uses of epidemiology in the study of the elderly [Technical report sries 706]. Geneva: WHO, 1984.
[6] Leering C. Gestoord menselijk functioneren. Utrecht: Dekker en Van de Vegt, 1968.
[7] Leering C, De Schmidt M. Stoornissen en scoringen van de mobiliteit van geriatrische patiënten. Ned Tijdschr Geront 1977; 8: 60-7.
[8] Van de Kam P, Mol F, Wimmers MFHG. Beoordelingsschaal voor oudere patiënten. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1971.
[9] Diesfeldt HFA. De beoordelingsschaal voor oudere patiënten tien jaar. Ned Tijdschr Geront 1981; 12: 139-45.
[10] Van Overbeek R. Opneming verzocht. 's-Gravenhage: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk werk onderzoek, 1984.
[11] Michels JJM. Geriatrische hulpverlening. Modern Med 1981; 5: 1771-6.
[12] Nelson E, Conger B, Douglas R. Functional health status levels of primary care patients. JAMA 1983; 3331-8.
[13] Remmen JWM. Bejaardenoordbewoners of verpleeghuispatiënten? [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.