

De huisarts als medisch SRV-man

J. KINGMA

Het regelmatig op eigen initiatief bezoeken van bejaarde patiënten leidt niet tot een efficiëntere praktijkvoering. Uit een oogpunt van secundaire preventie heeft het niettemin zin dit soort bezoeken routinematig bij bepaalde categorieën bejaarden af te leggen.

Overeenkomsten of verschillen?

In menig opzicht verschillen bejaarden in ziektegedrag en ziektebeleving niet van anderen. Ook bij bejaarden komt somatische fixatie voor, ook bij bejaarden kan het formuleren van de hulpvraag moeilijk zijn; ook bij bejaarden kan het moeilijk zijn, de klacht achter de klacht te vinden en ook bij bejaarden lopen somatische, psychische en sociale componenten vaak dooreen in hun ziekte- en klachtenpatroon.

Anderzijds weten we dat het ziekteverloop bij bejaarden vaak juist anders is. Zo kan een hartinfarct zich manifesteren door zeer specifieke symptomen, zoals verwardheid en duizeligheid.¹ Verwardheid bij bejaarden kan echter ook veroorzaakt worden door onregelde diabetes of door een urineweginfectie.²

De spreek-, denk- en handelingssnelheid ligt bij bejaarden meestal lager dan bij jongeren. Ook het concentratie- en inprentingsvermogen is vaak minder. Bejaarden leven meestal vanuit een ander levensperspectief dan jongeren.³ Bij bejaarden speelt de relatie met de hulpverlener een belangrijker rol dan bij jongeren, omdat ze zich hechten aan vertrouwde personen en zaken en omdat ze met veranderingen soms grote moeite hebben. Op medisch-somatisch vlak vindt bij bejaarden een cumulatieve plaats van chronische aandoeningen. Intercurrente ziekten veroorzaken soms een exacerbatie van een chronische aandoening. Griep kan bijvoorbeeld leiden tot een acute decompensatio cordis.⁴ De taakopvatting van de huisarts is in hoge mate bepalend voor het feit of hij bij zijn praktijkvoering meer oog heeft voor de overeenkomsten of voor de verschillen tussen bejaarden en jongere patiënten.

Een andere motivatie

Toen ik negen jaar geleden de praktijk van mijn voorganger overnam, zette ik diens systeem voort om regelmatig een groot aantal bejaarden te bezoeken. Na een jaar vroeg ik me af, of dit een zinvolle manier van werken was; op z'n minst was ik er ambivalent tegenover komen te staan. Anderhalf jaar heb ik toen die contacten geregistreerd om te zien of de betreffende bejaarden minder incidentele visites aanvroegen.

Uit deze registratie bleek dat dit niet het geval was; het herhaald bezoeken van bejaarden leverde dus geen tijdswinst op in de praktijkvoering. Tijdswinst hoeft echter niet het enige argument te zijn voor het regelmatig bezoeken van bejaarden. Bij mij is langzamerhand een andere motivatie gegroeid.

Een sporadisch contact in de praktijk, dat natuurlijk op zichzelf best intensief kan zijn, heeft naar mijn idee het bezwaar dat het verloop van de ontwikkeling in de laatste levensfase niet gevolgd wordt. Zoals er in de jeugd een continu ontwikkelings- en veranderingsproces optreedt, zo is er in het senium vaak een continu aftakelingsproces. Incidentele contacten maken het moeilijker, in individuele gevallen uit te maken of er sprake is van een normale of pathologische veroudering.

Daar komt bij dat het eigen territorium voor ouderen erg belangrijk is en een grote rol speelt bij het handhaven van het zelfgevoel.⁵ Mij valt altijd weer de discrepantie op tussen decorum van hoogbejaarden in hun huiselijke omgeving, waar ze zelfbewust en op hun gemak zijn, en de wijze waarop ze zich gedragen als ik ze in de praktijk zie. Soms is het noodzakelijk dat ze de praktijk bezoeken, bijvoorbeeld voor het wisselen van de ring of het uitspuiten van de oren. Op hun paasbest uitgedost, maar onzeker komen ze dan aan de arm van een van de kinderen binnen. De gang naar de dokter is duidelijk een inbreuk op hun dagelijkse routine en brengt hen uit hun evenwicht. Een regelmatig contact thuis geeft een goede kennis van de

onmiddellijke omgeving en maakt het voor de huisarts gemakkelijker, indien nodig, krachten in de „nulde lijn” te mobiliseren.

Om een pathologische situatie te herkennen, is het vaak noodzakelijk, de normale situatie te kennen; kleine veranderingen kunnen soms veel te betekenen hebben. Het maakt bijvoorbeeld veel uit of een bejaarde regelmatig wat affect-labiel en vergeetachtig is, of dat deze verschijnselen plotseling optreden. Bovendien ontwikkelt de huisarts die de bejaarden in zijn praktijk regelmatig bezoekt, een dusdanige kennis dat zijn inbreng in het intercollegiaal overleg met ziekenhuisspecialist en verpleeghuisarts sterk aan betekenis wint.

Cijfers en casuïstiek

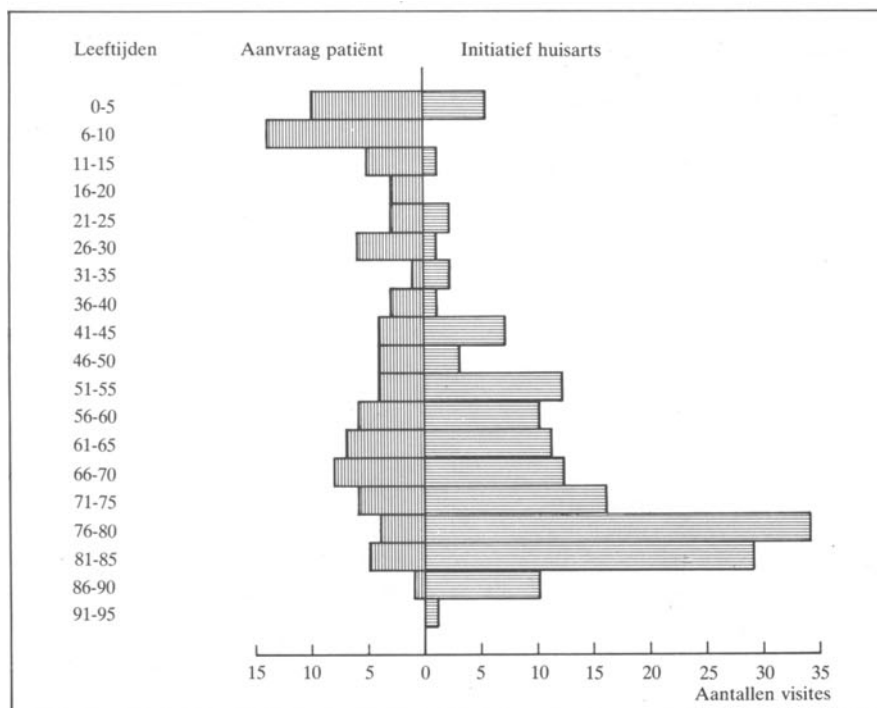
Het leek mij van belang vast te stellen, of mijn taakopvatting leidt tot andere visitecijfers dan die van de „gemiddelde” huisarts. Ook wilde ik proberen te ontdekken wat de consequenties van mijn opvattingen zijn voor de praktijkvoering. Daarom heb ik mijn visitecijfers van één maand geanalyseerd.

Op 1 januari 1985 waren er in mijn praktijk 317 personen van 65 jaar en ouder ingeschreven. Van de 249 visites die ik in het tijdvak 15 januari – 15 februari 1985 maakte, werden er 128 afgelegd bij in totaal 64 bejaarden, waarvan 103 maal (80 procent) op mijn eigen initiatief. Uit de *figuur* blijkt duidelijk dat het percentage herhalingsvisites bij ouderen veel groter is dan bij jongeren.

Ter vergelijking geef ik de cijfers uit een onderzoek dat is verricht ter voorbereiding van de Boerhaave-cursus *Het huisbezoek*, in februari 1979. Er is toen onderzoek verricht in 38 huisartspraktijken naar het visitebeleid van de huisarts. Van de 1200 visites die in vijf opeenvolgende werkdagen werden afgelegd, waren er 624 bestemd voor iemand van boven de 60 jaar en 466 voor iemand van boven de 70 jaar. In bijna de helft van de gevallen vond het huisbezoek plaats op initiatief van de huisarts. De grootte van de bejaardenpopulatie is in dit onderzoek niet vermeld.⁶

Uit de verzamelde cijfers valt af te leiden dat mijn manier van werken leidt tot een veel groter aantal visites. Visites kosten meer tijd dan consulten. Bij een toenemend aantal bejaarden – de verwachting is dat het percentage bejaarden in een normpraktijk de komende vijftien jaar zal stijgen van 12,5 naar 15 procent⁷ – zal de werkdruk stijgen. Wil ik mijn manier van werken kunnen

Figuur. *Visites op aanvraag van de patiënt en visites op initiatief van de huisarts, gedurende één maand.*



Casuïstiek

De heer A, geboren in 1896, woonde met zijn echtgenote in een bejaardenhuis. Toen ik hem in 1976 voor de eerste keer zag, vielen mij de uitgesproken tekenen van de ziekte van Parkinson op. Hij had vroeger een hartinfarct doorstaan en een prostatectomie ondergaan. Hij gebruikte als medicijnen onder andere Aldomet, Disipal en Digoxin. Ik verwees hem voor onderzoek en advies naar een neuroloog, die adviseerde hem te behandelen met Symmetrel. Verder kreeg hij oefentherapie aan huis. Ik bleef het echtpaar regelmatig bezoeken, ook al omdat hij af en toe bronchitis had. Na vier jaar ging zijn motorische toestand langzaam achteruit. Begin 1980 vroeg ik voor hem een rolstoel aan. Vanwege die aanvraag werd hij toen gezien door een revalidatie-arts. Hij kreeg de rolstoel en ook een beddepegegaai. De oefentherapie ging hem steeds meer tegen staan. Geestelijk bleef hij in goede conditie. Regelmatig las hij mij voor uit zijn lectuur, zoals *Panorama* en boeken met grote letters. In februari 1982 werd ik gewaarschuwd, omdat hij al een dag niet meer kon lopen, nadat hij was gevallen. Bij onderzoek was er een verdenking van een collumfractuur. Dat werd röntgenologisch bevestigd. De fractuur was geïnclaveerd en stabiel. Gaarne had ik de toen 85-jarige man in het bejaardenhuis laten verplegen. Helaas wilde het bejaardenhuis hier niet van weten, omdat men de mogelijkheden van een ziekenhuisopname hoger inschatte en de nadelen lager.

Na enige weken ziekenhuis werd mijnheer A overgeplaatst naar een verpleeghuis. Ondanks liefderijke verzorging ging hij daar geestelijk achteruit. Als ik hem opzocht, vond ik een verpieterde, huilerige, gedesoriënteerde man met veel decorumverlies. Ook zijn echtgenote ging geestelijk achteruit. Door gebruik te maken van oneigenlijke methoden slaagde ik er tenslotte in, hem in het bejaardenhuis teruggeplaatst te krijgen. Ik heb mijn actie uitvoerig moeten verdedigen ten opzichte van mijn collega's in het verpleeghuis, die van mening waren dat hij daar met uitgebreide revalidatie een betere kans had dan in het bejaardenhuis.

Toen de heer A terug was in het bejaardenhuis leefden hij en zijn vrouw zienderogen op. De kinderen hadden een speciale leunstoel voor hem getimmerd en hij kon weer zitten, temidden van zijn lectuur. Zo heeft hij daar nog twee jaar kunnen wonen. De laatste maanden werd hij wat stil en minder geïnteresseerd. De meeste van zijn kinderen waren aanwezig toen hij stierf.

Ik ben ervan overtuigd dat ik mij niet het morele recht zou hebben toegekend, om tegen de beslissing van het bejaardenhuis en tegen de adviezen van mijn collega's van het verpleeghuis in te gaan, als ik de heer A en zijn echtgenote niet zo bijzonder goed had gekend door de vele visites die ik bij hen gemaakt had en als ik niet zelf de grote achteruitgang had gezien in zijn en haar geestelijke toestand.

handhaven, dan zal een geleidelijke daling van de normpraktijk gerealiseerd dienen te worden. Een alternatieve oplossing zou misschien gevonden kunnen worden in de introductie van een praktijkzuster die een aanzienlijk deel van de observatietaak zou kunnen overnemen.

Cijfers, grafieken en tabellen kunnen misschien veel duidelijk maken, maar niet alles. Ik heb daarom ook een casus bijgevoegd, waarmee ik het belang van het regelmatig bezoeken van bejaarden nader hoop te illustreren.

Secundaire preventie

Ik wil er niet voor pleiten om bejaarden die regelmatig naar de wintersport gaan, kaartavonden hebben, lid zijn van volksdansgroepen of anderszins een zeer actief leven leiden, een medisch regime op te leggen. Ik wil ervoor pleiten om, als vorm van secundaire preventie, bejaarden die blijken weinig actief meer te zijn, een aantal lichamelijke kwalen ontwikkelen en die in een psychisch-sociale crisissituatie gekomen zijn, regelmatig te blijven bezoeken.

In de beschreven casus komt vooral het belang van de kennis van het geestelijk functioneren van bejaarden naar voren. In de loop van de jaren heb ik gezien, hoe sterk het geestelijk functioneren samenhangt met lichamelijk welzijn. Ik heb gezien, hoe een situatie van discrete dementie jarenlang door een goede lichamelijke gezondheid en een goede opvang door de omgeving, geen problemen voor de betrokken bejaarde hoeft op te leveren.^{8,9} Regelmatig bezoeken van bejaarden geeft de huisarts de mogelijkheid preventief bezig te zijn op het gebied van de gevolgen van dementie. Gezien de toename van het aantal bejaarden, ligt hier voor de huisarts een grote taak. Deze taak wordt des te belangrijker (en zwaarder) door de vermindering van de mogelijkheden van intramurale opvang voor bejaarden in ver gevorderde gevallen van dementie. De aanleiding voor een visite op initiatief van de huisarts kan zijn een ontslag uit een ziekenhuis, partnerverlies, contact met een waarnemend collega, informatie van een wijkverpleegkundige, bejaardenverzorgster, pastor of kinderen.¹⁰ Redenen om bejaarden te blijven bezoeken zijn maligne of progressieve aandoeningen, instabiele chronische aandoeningen of multipale pathologie. Er kan sprake zijn van periodes met verwardheidsverschijnselen, initiatiefverlies en neiging tot zelfverwaarlozing. De aanwezigheid van depressies, pro-

blemen met het uitvoeren van de algemene dagelijkse verrichtingen of moeite met meervoudig geneesmiddelengebruik zijn redenen voor herhaald bezoek.

Ik wijs voorts op de coördinerende taak van de huisarts bij bejaarden die bij meer specialisten in behandeling zijn en op de ondersteunende rol bij een onaangename, maar essentiële therapie. Van de huisarts kan stimulans uitgaan tot activering, bij een invalidiserende aandoening. Tenslotte noem ik nog de hulp bij het rouwproces en de begeleiding van een onontkoombare aftakeling en naderende dood.

Dankbetuiging

Met dank aan M. W. Beelen en Dr. H. A. M. Hoevenaars, huisartsen, P. J. F. Janssen, verpleeghuisarts, en mevrouw C. van de Hurk, praktijkassistente.

¹ Besdine Wb, Minaker KL, Kapelle AGWW. De invloed van de ouderdom op de gezondheid. *Patiënt Care* 1984; 11: 5-17.

² Eulderink F, Oostvogel FJG, Reitsma W, Saeys AL. Praktische geriatrie voor de huisarts. Alphen aan de Rijn, Brussel: Stafleu, 1982.

³ Silleviss-Smitt WG. De sthenische ouderdom. Leiden: Stafleu, 1975.

⁴ Fuldauer A. Huisarts en bejaardenzorg. In: Van Zonneveld RJ, red. *Medische Gerontologie*. Assen: Van Gorcum, 1982.

⁵ Van der Kooy S. Wat doet de huisarts thuis? *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22: 501-3.

⁶ Adam WL, Ten Cate RS. De visite in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22: 488-92.

⁷ De Fockert JA. Uitziften en begeleiden van risicolopende bejaarden. *Practitioner* (Ned. uitgave) 1984; 1: 1172-80.

⁸ Hupkens PEM. Een protocol voor ambulante dementie-onderzoek. *Med Contact* 1985; 40: 190-2.

⁹ Besdine RW, Minaker KL, Kapelle AGWW. De invloed van de ouderdom op de geestelijke gezondheid. *Patiënt Care* 1984; 11: 37-44.

¹⁰ Crebolder HFJM. Samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige. *Patiënt Care* 1982; 9: 18-9.

Nota bene

The old person who wishes to live on at home, has a right to be at risk.

Wilcock GK, Gray JAM, Pritchard PMM. *Geriatric problems in general practice*. Oxford: Oxford University Press, 1982.

Het ouder worden
nadat mijn ouders stierven
is het begonnen.

Ze kon niet slapen
en denkt
die verhipte klok
is de schuldige.

Er is nog ruimte
op het verlaten kerkhof
van Oosterwierum.

Zijn hart, zijn prostaat
zijn kleinzoon die niet
deugen wil
zijn traanogen.

Uit zijn oefenfiets
kijkt hij me na
dat voel ik
met mijn ferme stap.