

Periodiek geneeskundig onderzoek van bejaarden in een huisartspraktijk

C. BAKKER

Er zijn enkele huisartsen in Nederland die een periodiek geneeskundig onderzoek van alle bejaarden in hun praktijk hebben opgezet. Een van hen, die daar al 18 jaar geleden mee is begonnen, doet in deze bijdrage een poging met harde cijfers vast te stellen wat dat onderzoek heeft opgeleverd.

Inleiding

Sinds het midden van de zestiger jaren bestaat in het Friese dorp Appelscha een periodiek geneeskundig onderzoek voor bejaarden. Het doel van dit geneeskundig onderzoek, dat wordt uitgevoerd door de twee huisartsen en de twee wijkverpleegkundigen, is drieledig:

- informatie verzamelen betreffende de gezondheidstoestand van de bejaarden (vele bejaarden vestigen zich na hun pensionering van elders in ons dorp, zodat ze onbekend zijn bij de huisarts);
- opsporen en herkenbaar maken van verschijnselen die wijzen op maligne aandoeningen;
- bespreking van de toekomstverwachtingen van de bejaarden (wat weet men van het bevorderen van de eigen gezondheid, hoe denkt men zich zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen handhaven, heeft men er weleens over gedacht om hulp te vragen?).

Op grond van deze doelstellingen is destijds „protocol” opgesteld (*kader* op deze pagina), aan de hand waarvan het periodiek geneeskundig onderzoek wordt uitgevoerd. In 1967 is een begin gemaakt met het systematisch oproepen van alle bejaarden, eerst de 65-jarigen, na ongeveer een half jaar de 66-jarigen, enzovoort; daarna ieder jaar eerst weer de nieuwe 65-jarigen, gevolgd door de ouderen. Na vier jaar waren alle bejaarden eenmaal onderzocht. Bij die gelegenheid is besloten het periodiek geneeskundig onderzoek te continueren, steeds beginnend met de nieuwe 65-jarigen.

Jaarlijks moeten 150-180 personen worden onderzocht. De beide wijkverpleegkundigen leggen iedere week vier of vijf bezoeken af van ongeveer een

uur, de twee huisartsen (met een gezamenlijke praktijkpopulatie van 4500 patiënten, van wie circa 750 personen 65 jaar of ouder zijn) besteden er iedere maand een middag aan, daarbij geassisteerd door de wijkverpleegkundigen. De organisatie wordt verzorgd door het Groene Kruis, dat ook de kosten van het onderzoek draagt. De wijkverpleegkundigen en de artsen zien dit periodiek geneeskundig onderzoek als een deel van hun taak en worden dus niet extra gehonoreerd. De bejaarde behoeft alleen maar lid van het Groene Kruis te zijn.

In deze bijdrage doe ik een poging dit periodiek geneeskundig onderzoek, dat inmiddels achttien jaar bestaat, te evalueren. Daarbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de volgende vragen:

- Welke afwijkingen zijn dank zij deze strategie opgespoord?
- Hoe was het verloop van deze afwijkingen tijdens de vervolgrondes?
- Is er een relatie tussen de bevindingen bij het periodiek geneeskundig onderzoek en de doodsoorzaken?

Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op de periode eind 1967 – oktober 1984. De gegevens zijn ontleend aan de registratiekaarten voor het periodiek geneeskundig onderzoek. Het gaat hier dus om een *retrospectieve* analyse.

Resultaten

- In de totale onderzoeksperiode zijn 1397 personen aan een onderzoek onderworpen: 756 personen kwamen voor de eerste keer; 430 personen kwamen twee keer; 211 personen kwamen drie keer of vaker.

In *tabel 1* wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bij deze onderzoeken vastgestelde afwijkingen. Uit de tabel blijkt tevens dat bij alle rondes ongeveer evenveel mannen en vrouwen zijn onderzocht.

Tabel 2 geeft een overzicht van de bevindingen die niet reeds eerder bekend waren. Alle onderzochten bij wie afwijkingen werden geregistreerd, werden verwezen naar het spreekuur. Via het bureau werd geen behandeling ingesteld.

- Uit *tabel 3* blijkt het effect van het onderzoek. Kennelijk is de bejaarde in onze praktijk eerder gemotiveerd om iets te doen of te laten in verband met „echte” afwijkingen, zoals hypertensie,

Protocol periodiek geneeskundig onderzoek bejaarden

Anamnese

1. Persoonlijke gegevens;
2. Vroegere ziekten of ernstige ongevallen;
3. Ziekten in de familie;
4. Vragen over status praesens van alle tractus;
5. Rook- en drinkgewoonten;
6. Vragen over:
 - de relatie met de omgeving;
 - de contacten met de eventuele kinderen;
7. Toekomstverwachtingen.

De anamnese wordt aan huis afgenomen door de wijkverpleegkundige.

Lichamelijk onderzoek

1. Bepaling van lengte en gewicht;
2. Urine-onderzoek met Combur-teststrookjes op albumen en reductie;
3. Tellen van de polsfrequentie;
4. Bepaling van het Hb-gehalte met de hemoglobinemeter van Spencer;

5. Opnemen van electrocardiogram;
6. Bepaling van de bezinkingssnelheid;
7. Bloeddrukmeting;
8. Inspectie van oog, oor en mond;
9. Palpatie van de hals;
10. Onderzoek van de beweeglijkheid van de wervelkolom;
11. Auscultatie en percussie van hart en longen;
12. Palpatie van abdomen; lever, milt eventueel abnormale weerstanden;
13. Inspectie genitalia, rectaal en vaginaal toucher;
14. Perifere arteriële pulsaties, eventueel luisteren naar souffles;
15. Beweeglijkheid van armen en benen, reflexen;
16. Controle op voorgeschreven en meegenomen medicijnen.

Het lichamelijk onderzoek vindt plaats in het Groene Kruis-gebouw; de onderdelen 1-6 worden door de wijkverpleegkundige verricht, de onderdelen 7-16 door de arts.

anemie of glucosurie, dan in verband met overgewicht.

• In ongeveer de helft van de gevallen bestond er geen relatie tussen de doodsoorzaak en de eerder vastgestelde afwijkingen (*bijlage 1*); opvallend is hier de rol van kanker als doodsoorzaak. In die gevallen waarin wél een verband bestond tussen de doodsoorzaak en de eerder vastgestelde afwijkingen, speelden hart- en vaatziekten een belangrijke rol (*bijlage 2*).

Beschouwing

Over het nut, en de wijze van functioneren van een bejaardenbureau zijn de volgende opmerkingen te maken:

De bejaarden waren erg enthousiast en er waren maar enkelen die weigerden mee te doen. Verder was het contact voor alle betrokkenen zeer plezierig. In een rustig tempo en in een rustige omgeving werd het onderzoek verricht; heel wat anders dan in de praktijk, met al die spreekuurbezoekers en de voortdurend ratelende telefoon. Met name bejaarden krijgen dan gauw het gevoel dat ze moeten opschieten.

Het opnemen van de anamnese dient zorgvuldig te gebeuren. Het moet duidelijk worden dat de vragen dienen om kwaadaardige aandoeningen en aandoeningen die de kwaliteit van het leven bedreigen, op te sporen. Ook voor de patiënt is kennis hebben van deze symptomen erg belangrijk, zoals moge blijken uit de volgende casus:

Een 73-jarige man kwam naar het spreekuur met de mededeling, dat zijn defecatiepatroon veranderd was en dat we daar beide keren dat hij het bureau had bezocht naar gevraagd hadden. Het zou dus wel van belang zijn. Hij wilde eerst wachten tot hij weer zou worden opgeroepen, maar dit werd hem gelukkig door zijn echtgenote ontraden. Hij bleek een coloncarcinoom te hebben en is met succes geopereerd.

We krijgen een redelijk goed inzicht in de gezondheidstoestand van de oudere. We hebben kunnen praten over hun functioneren nu en in de toekomst, over het onderling contact van het echtpaar en over het contact met de kinderen. We hebben kunnen praten over alleen staan, en er was gelegenheid om over seksuele en andere problematiek te praten.

Het gebruik van medicamenten wordt kritisch bekeken en zo nodig wordt de werking verduidelijkt. In het bijzonder kan er worden gesproken over de combinatie van medicamenten.

Tabel 1. De belangrijkste gevonden afwijkingen. Aantallen.

Afwijkingen	Onderzoek 1		Onderzoek 2		Onderzoek 3-5	
	M n = 380	V n = 376	M n = 213	V n = 217	M n = 107	V n = 104
Hypertensie	36	68	5	14	4	3
Anemie	45	99	5	16	5	9
Overgewicht	179	252	70	84	35	43
Verhoogde bezinking	12	31	2	6	2	8
Glycosurie	8	12	–	2	–	–

Tabel 2. Gevonden afwijkingen die eerder onbekend waren.

Afwijking	Aantal	Afwijking	Aantal
Overgewicht	462	Cardiale aandoeningen	20
Verhoogde bezinking	36	– atrium fibrilleren	16
Anemie	165	– decompensatio cordis	3
Hypertensie	134	– totaal blok	1
Diabetes	20	Bloed: polycytemia vera	1
Aandoeningen bij genitaal/ rectaal onderzoek	125	Tumoren	7
– prostaathypertrofie	83	– parotis	1
– phimosis	16	– mamma	1
– prolapsus vaginae	25	– melanoom	1
– incontinentie	3	– coloncarcinoom	1
– nauwe introitus	5	– niertumor	1
– testistumor	1	– levercirrose	1
– bloed handschoen	2	Arthrosis heupen	6
– darmprolaps	1	Arthrosis knieën	2
Cerumen	10	Hernia inguinalis	3
		Slecht zittende prothese	6

Tabel 3. Het „effect” van het periodiek geneeskundig onderzoek bij de 430 patiënten die deelnamen aan de tweede ronde.

Afwijkingen	Aantal patiënten bij onderzoek 1		Percentage met beter resultaat bij onderzoek 2	
	M	V	M	V
Hypertensie	22	57	77	75
Anemie	30	67	83	76
Overgewicht	123	162	43	48
Verhoogde bezinking	4	23	50	74

Toelichting bij tabellen 1-3:

Overgewicht: een gewicht groter dan 1,1 (lengte in cm – 100).

Bezinking: Een bezinking boven 30 mm.

Anemie: Elk Hb-gehalte lager dan 12 g%.

Hypertensie: Een bloeddruk van > 220 mm Hg systolisch en/of 110 mm Hg diastolisch.

Overgewicht en hypertensie zijn verschijnselen, die vaak het leven of de kwaliteit van het leven bedreigen. Na een advies of medicamenteuze behandeling kan een goede verbetering worden bereikt. Daarna heeft de patiënt vaak de neiging het bereikte te verwaarlozen. Door hem om de vier of vijf jaar weer terug te laten komen, houd je nog enigszins controle.

We constateerden dat de door ons toegevoerde gestarte gymnastiekclub steeds

meer leden kreeg. Er werd een volksgroep gestart, er kwam een bejaardenkoor. Een groep bejaarden uit een nieuwe woonwijk startte een midgetgolfochtend. Ook werd er steeds gefietst en gewandeld en sinds enkele jaren bestaat er een bejaardenzwemclub, die zelfs zwemweekeinden organiseert.

Deze activiteiten, die overal van de grond kwamen, werden door ons gestimuleerd.

Bijlage 1. Geen verband tussen doodsoorzaak en eerdere bevindingen (n = 26).

Leeftijd	Geslacht	Aantal malen onderzocht	Doodsoorzaak	Bevindingen onderzoek	Bekende afwijkingen
73	V	2	spoorwegongeval	overgewicht	
73	V	1	acute myeloïde leukemie	geen	
75	V	1	maagcarcinoom	geen	
83	V	2	wervelmetastase + dwarslaesie ^a	hypertensie	cholelithiasis
85	V	4	galblaascarc. + levermetastasen	anemie	chronisch reuma
86	V	3	gl. thyreoïde carcinoom	overgewicht	
67	M	1	longcarcinoom	geen	
68	M	1	longcarcinoom	geen	coxarthrosis
69	M	1	blaascarcinoom	prostaathypertrofie	
71	M	1	hersencarcinoom	diabetes	
71	M	1	hartinfarct	geen	huidcarcinoom
75	M	1	longembolieën	geen	CARA
76	M	2	bronchuscarcinoom	geen	
76	M	2	longcarcinoom	geen	plaveiselcelcarcinoom
77	M	2	hersentumor	geen	
79	M	3	longcarcinoom	geen	CARA, thrombophlebitis
79	M	1	wervelmetastasen ^a	geen	CARA
80	M	3	longcarcinoom	extrasystolie	longembolie 3 jr. tevoren
81	M	2	coloncarcinoom	geen	chronisch reuma
81	-	2	ongeval	geen	
82	M	3	longcarcinoom	overgewicht	
82	M	4	coloncarcinoom	overgewicht	RBTB
82	M	3	seniele dementie	sclerosiscarcinoom	
82	M	4	hartinfarct	coloncarcinoom	embolus li. hand
83	M	3	hartinfarct	arthrosis genu	
90	M	2	blaascarcinoom	geen	

Bijlage 2. Wél verband tussen doodsoorzaak en eerdere bevindingen (n = 23).

Leeftijd	Geslacht	Aantal malen onderzocht	Doodsoorzaak	Bevindingen onderzoek	Bekende afwijkingen
73	V	1	hartinfarct	geen	diabetes
73	V	2	ventriculaire tachycardie	geen	myodegeneratio cordis ^c
76	V	2	decompensatio cordis	hypertensie ^c	
79	V	2	decompensatio cordis	hypertensie ^c	later totaal blok
80	V	2	decompensatio cordis	syst.s. anemie ^c	chronisch reuma
82	V	2	decompensatio cordis	fibrillatio cordis	CARA
90	V	3	decompensatio cordis	overgewicht	
67	M	1	coloncarcinoom + metastasen	coloncarcinoom	
68	M	1	decompensatio cordis + infarct		mitraalinsufficiëntie + myodegeneratie
69	M	1	encefalopathie	erg vergeetachtig	alcoholabusus
71	M	1	infarct recidief	geen	infarct
73	M	2	infarct	hypertensie ^c	angina pectoris
73	M	2	myodegeneratio cordis	overgewicht	
73	M	2	infarct recidief	overgewicht	
75	M	1	urosepsis	prostaathypertrofie ^b	
76	M	2	infarct	overgewicht	cholelithiasis
77	M	3	decompensatio cordis	CARA, diabetes, thrombosis cerebri	
78	M	3	decompensatio cordis	overgewicht	paroxysmale tachycardie, longembolie
79	M	2	thrombosis cerebri	hypertensie ^c	
82	M	3	decompensatio cordis	fibrillatio cordis	
84	M	4	decompensatio cordis	overgewicht	
93	M	2	decompensatio cordis	overgewicht	
97	M	2	infarct	geen	fibrillatio cordis

^a Primaire tumor onbekend. ^b Weigerde behandeling. ^c +overgewicht.



