

# Huisartsenhulp aan ouderen

F. K. VAN LAMOEN

---

Wat betekent de aanwezigheid van een groot aantal bejaarden in de praktijk voor de praktijkvoering, welke problemen doen zich voor bij het opnemen van de anamnese en het verrichten van lichamelijk onderzoek, en welke aspecten zijn van belang bij het beoordelen van de oudere patiënt?

---

## Inleiding

De duopraktijk waarin ik samen met mijn vrouw werkzaam ben, telt 3400 patiënten, van wie bijna een kwart (23 procent) ouder is dan 65 jaar; ruim 4 procent is zelfs ouder dan 80 jaar. Landelijk liggen deze percentages veel lager: 12 procent van de bevolking is ouder dan 65 jaar, en 2 procent is ouder dan 80 jaar. Ouderen vormen in onze praktijk dus een zeer aanzienlijk deel van de werkbelasting.

In deze bijdrage bespreek ik, op grond van mijn eigen ervaringen, een aantal kenmerkende aspecten van de hulpverlening aan ouderen. Aan de orde komen:

- de werkbelasting;
- de redenen om oudere patiënten thuis te bezoeken;
- de problemen die zich voordoen bij het opnemen van de anamnese en bij lichamelijk onderzoek;
- de aspecten die van belang zijn bij het beoordelen van een oudere patiënt.

## De kwantiteit van het werk

Om een indruk te krijgen van de hoeveelheid tijd die in onze praktijk aan ouderen wordt besteed, heb ik op een viertal willekeurig gekozen weken het aantal visites en consulten bijgehouden, welk deel daarvan werd ingenomen door oudere patiënten.

Bij de consulten blijkt het aandeel van de ouderen ongeveer in overeenstemming met hun aandeel in de praktijkpopulatie (tabel). Bij de visites zorgen zij echter voor veruit het grootste deel van de werkbelasting, waarbij nog moet worden aangetekend dat de visitieduur bij ouderen meestal langer is dan bij jongeren; het grootste deel van de circa

3,5 uur die wij per dag aan visites besteden, wordt dan ook gebruikt voor hulp aan oudere patiënten.

## De visite

Er zijn verschillende oorzaken waardoor een bezoek aan het spreekuur bijzonder belastend kan zijn voor de bejaarde patiënt. Veruit de belangrijkste factor is de verslechtering van het bewegingsapparaat, terwijl veel ouderen niet langer auto willen of kunnen rijden. Kinderen wonen vaak ver weg en veel bejaarden vinden het moeilijk regelmatig een beroep op de burens te doen. Een taxi is voor velen onbetaalbaar; juist ouderen worden ernstig getroffen door de huidige economische crisis. Tenslotte kunnen ook ernstige aandoeningen, zoals emfyseem of een resttoestand na een CVA, een spreekuurbezoek onmogelijk maken. De huisarts behoort met al deze factoren rekening te houden bij zijn afweging of hij bij een bepaalde bejaarde patiënt een visite moet afleggen of net zo goed kan verlangen dat deze op het spreekuur komt. Een visite afleggen bij een bejaarde patiënt heeft als voordeel dat je in de thuissituatie veel beter kunt beoordelen hoe het er voor staat. Is alles goed verzorgd of is het een rotzooi? Hoe staan de medicijnflesjes in de kast? Bij een grote wanorde is een goed medicamentengebruik waarschijnlijk een illusie. Ook kan bij de patiënt thuis veel beter worden beoordeeld welke hulpkrachten eventueel moeten worden gemobiliseerd.

In het verleden bestond bij huisartsen

**Tabel.** De hulpverlening aan ouderen: percentages consulten en visites.<sup>a</sup>

Leeftijden	Consulten	Visites
65-80 jaar	17,5	38,9
80+ jaar	2,5	34,1
Totaa <sup>1</sup>	20,0	73,0

<sup>a</sup> Avond- en weekenddiensten, telefonisch spreekuur, bezoek aan patiënten in het ziekenhuis en overleg met specialisten, maatschappelijk werk of wijkzuster zijn buiten beschouwing gelaten.

de gewoonte om af en toe hun „oudjes” te bezoeken, zonder dat daartoe een verzoek was gedaan of een afspraak was gemaakt. Deze bezoeken werden erg op prijs gesteld en soms kwamen daarbij medisch of sociaal belangrijke zaken aan het licht.

Toen ik in onze praktijk begon, nam ik ook een hele reeks aldus te bezoeken patiënten over. Zoals elk ongericht onderzoek is het werken op deze manier erg tijdrovend en levert het weinig relevante informatie op. Er bestaat zelfs gevaar dat je medische zaken over het hoofd gaat zien, omdat je je te veel op het gezellig drinken van een kopje koffie hebt ingesteld. Langzamerhand heb ik deze gewoonte dan ook afgeschaft. Dat wil niet zeggen dat ik vind dat in het geheel geen ongevraagde visites behoren te worden gemaakt. Als ik bijvoorbeeld waarneem dat iemands geestelijke weerbaarheid is afgenomen, word ik zelf actiever en zorgender. Ik vind dat ik dan niet kan volstaan met een visite op afroep, maar zelf het initiatief moet nemen. Ook een ingestelde behandeling, bijvoorbeeld van een luchtweginfectie, volg ik in zo'n geval actief. Eventueel probeer ik extra hulp in te schakelen van familie, burens, bejaardenzorg of wijkverpleging. Een dergelijk beleid heeft vaak tot gevolg dat de patiënt uit een neerwaartse spiraal komt en in een later stadium veel minder hulp nodig heeft.

Hier dreigt natuurlijk een betuttelende houding; het is zaak daarvoor erg op je hoede te zijn. Nadrukkelijk informeren of de patiënt het wel goed vindt wat je doet, is noodzakelijk.

## Anamnese en lichamelijk onderzoek

Menige oudere patiënt heeft grote moeite met het formuleren van de hulpvraag en daarbij raakt hij ook nogal eens het spoor bijster. De huisarts doet er goed aan deze traagheid en omslachtigheid te accepteren en rustig het verhaal te blijven volgen; zodra hij gaat jagen, raakt de patiënt nog meer verstrikt in zijn verhaal en wordt de kans dat de hulpvraag duidelijk wordt minniem.

Ook het lichamelijk onderzoek is bij oudere mensen vaak zeer tijdrovend als gevolg van hun traagheid. Daarom moet de huisarts zich ervoor hoeden dat hij dit onderzoek maar half-half uitvoert en verder zijn toevlucht neemt tot ongericht laboratoriumonderzoek of een verwijzing. De kans dat bij ongericht laboratoriumonderzoek iets wordt gevonden, is groot, terwijl de uitkomsten

## Casuïstiek

### Geestelijk weerbaar maar fysiek en sociaal kwetsbaar

Mevrouw A komt geregeld op mijn visielijst voor. In de eerste acht maanden van 1984 bezocht ik haar vijf maal. Zij vroeg daarbij altijd zelf de visites aan.

Ze is 80 jaar en verloor in 1983 (anderhalf jaar geleden) haar tweede man, met wie zij gedurende tien jaar een goede relatie had gehad. Haar man had een maagcarcinoom en is na het stellen van de diagnose tot zijn overlijden thuis verpleegd. Dit sterfbed is fysiek en psychisch een zeer grote belasting voor patiënte geweest. Vroeger was mevrouw A werkster; zij vertelt met veel genoegen over haar werkkracht van toen. Van de kinderen uit haar eerste huwelijk zijn er twee overleden, terwijl de andere kinderen vaak door ernstige ziekten getroffen worden. Zelf klaagt zij sinds 1966 geregeld over hoesten, kortademigheid en piepen. Langzamerhand heeft zich een emfyseem ontwikkeld. De longarts heeft haar één maal onderzocht. Zij krijgt nu permanent bronchospasmodica.

Na het overlijden van haar man in 1983 werd zij ook geconfronteerd met een financieel verlies: doordat het huwelijk zo laat was gesloten, had zij geen aanspraak op een weduwenpensioen, terwijl het pensioen van haar man wegviel. Het bleek nauwelijks mogelijk om in haar flat te blijven wonen. Zij was boos op haar echtgenoot, omdat dit feit nooit in hun gesprekken naar voren was gekomen. Achteraf zegt zij: „Ik heb altijd het gevoel gehad dat hij nog iets met me wilde bespreken, maar het niet durfde”.

Januari 1984 ontwikkelt zij een zeer geringe hemiparese links. Als ik haar onderzoek, loopt zij nog wat onvast, maar zij kan zich zeer goed redden. De tensie is 160/84 mmHg, de hartactie is regulair. Specialistische interventie heeft naar mijn idee meer nadelen dan voordelen. Patiënte krijgt een lage dosis Acetosal.

Het is duidelijk dat de patiënte economisch vrij zwak staat. Door de dood van haar man en de zorgen bij de kinderen zijn haar contacten en ondersteuning door de omgeving ook minder solide geworden. Haar fysieke conditie neemt duidelijk af, geestelijk is zij echter nog zeer weerbaar.

Omdat zij ver van mij vandaan woont, spreken wij af dat ik haar af en toe thuis zal zien. Zij bepaalt zelf wanneer ik kom, door een visite aan te vragen, onder meer wanneer haar medicatie, die ik voor drie maanden voorschrijf, op is.

### Chronisch ziek

Mevrouw B is 78 jaar oud en woont in een verzorgingshuis. Ik ken haar 18 jaar, vanaf het moment dat ik met de praktijk begon. Aanvankelijk had zij veel nerveus-functionele klachten. Een groot probleem in haar leven is het ongehuwde moederschap ge-

weest. Dit feit was op haar 60<sup>e</sup> jaar nog niet verwerkt.

Op een kwade dag verlaat de man met wie zij samenwoont (niet de vader van haar kind) haar. De manier waarop dit gebeurt, is zeer kwetsend voor mevrouw B. Korte tijd later ontwikkelt zich bij haar een zeer actieve reumatische arthritis. Het verband tussen deze krenking en haar kwaal wordt door patiënte aangegeven met het zinnetje: „Toen hij bij me wegging is m'n reuma begonnen”. Ondanks goudkuren en intensieve medicatie ontstaat een aanzienlijke verwoesting van de gewrichten.

In 1973 moet een partiële colonresectie plaatsvinden wegens diverticulitis. In de jaren 1976-77 ontwikkelt zij in snel tempo een ernstige CARA met cor pulmonale en een insuline-afhankelijke diabetes. Met de reumatoloog die haar behandelt, krijgt zij een conflict, dat niet meer op te lossen is; zij wil niet meer door hem behandeld worden. Haar lichamelijke toestand is slecht en in 1976 krijgt zij plaats in een verzorgingshuis. Na haar breuk met de reumatoloog heb ik haar zo min mogelijk naar specialisten verwezen.

Zij is somatisch zeer moeilijk te behandelen, gezien de vele complicaties van haar reuma, haar diabetes en haar CARA. Af en toe heb ik dan ook wel twijfels over mijn handelwijze. Het is prettig als je kunt overleggen met een specialist met wie je een goede samenwerking hebt. Hij kan je op het goede spoor zetten of je bevestigen in je handelwijze, zonder dat de patiënt verwezen hoeft te worden.

### Geestelijk minder weerbaar

De heer C, oud 78 jaar, heb ik dit jaar verschillende malen bezocht op verzoek van de familie. Zijn vrouw is jaren geleden overleden; hij woont zelfstandig in een fraaie bejaardenwoning vlak bij een dienstencentrum; tussen de middag gaat hij daar altijd eten. Behoudens een lichte hypertensie, waarvoor hij een diureticum krijgt, heeft hij geen lichamelijke kwalen. Hij was vroeger broodbezorger van beroep. De kinderen letten goed op hun vader. Zijn dochter is ongerust over zijn vergeetachtigheid.

Als ik hem bezoek, ziet het er bij hem thuis allemaal netjes en verzorgd uit. Hij is inderdaad flink vergeetachtig. Dit is lastig en soms gevaarlijk. Hij is zich hiervan zeer goed bewust. Hij vertelt hoe hij met tevredenheid en weemoed op zijn leven terugziet, maar nu vaak erg eenzaam is en niet de energie heeft om dit te doorbreken. Zijn verhaal ontroert mij: kan iemand die zo goed kan vertellen, niet meer zelfstandig in zijn huisje wonen? Als het gesprek weer door gaat met zijn dochter en hem, komen we tot de conclusie dat de huidige situatie niet gewijzigd moet worden. Wel zal hij, geholpen door zijn dochter, zoveel moge-

lijk contacten proberen aan te houden.

Enige maanden later zie ik hem weer, opnieuw op verzoek van zijn dochter. Er is niet veel veranderd: de eenzaamheid blijft bestaan, hij heeft de energie niet kunnen vinden om zijn isolement te doorbreken, ondanks de vele medewerking die hij van zijn kinderen krijgt. Hij vraagt mij om opname in een verzorgingshuis in een nabij gelegen plaats, waar hij nogal wat bewoners kent. Hij denkt hier wel contacten te vinden. Ik geef hem op aan de Indicatiecommissie. Zijn dochter zal het pad warm houden bij het betreffende verzorgingshuis.

### Levensmoe

Zeer moeilijk vind ik de behandeling van mevrouw D. Zij is nu 79 jaar oud en ik ken haar sinds 18 jaar. Haar drie kinderen waren toen al de deur uit; zij wonen elders in het land. Bijna vijf jaar geleden overleed haar man na een ziekte van negen maanden. De huwelijksrelatie was altijd goed geweest; de contacten met de omgeving werden in hoofdzaak bepaald door haar man.

Tijdens de ziekte van haar man gaat de patiënte klagen over pijn in de buik en in de rug. Behoudens osteoporose vind ik geen lichamelijke afwijkingen. Dat de klachten worden veroorzaakt door de angst en belasting die zij ondergaat, is zeer aannemelijk.

Na het overlijden van haar echtgenoot raakt mevrouw D in een ernstige depressie. De presentatie is weer via lichamelijke klachten, vooral buikpijn. Ik probeer over haar verdriet te spreken, maar dat lukt me niet goed. Ik word bestookt met lichamelijke klachten en ik heb het gevoel geen toegang te krijgen. Zo bevind ik mij op een dubbel spoor, waarbij ik bang ben iets organisch over het hoofd te zien.

Ongeveer zes maanden na het overlijden van haar man doet mevrouw D een zelfmoordpoging, waarbij ze bijna verdrinkt. Na langdurig overleg met patiënte en haar kinderen wordt zij opgenomen in een PAAZ. Na drie maanden komt zij weer thuis; zij gebruikt dan anti-depressiva. Helaas blijkt de situatie niet doorbroken te zijn. Patiënte blijft depressief en eenzaam en ze heeft veel lichamelijke klachten, vooral pijn in de rug en hartkloppingen. Alle pogingen om haar eenzaamheid te doorbreken falen. Zij trekt zich volledig in haar woning terug. Een volgende suicidepoging acht ik niet onwaarschijnlijk.

Deze situatie bestaat nu al jaren. Om de verantwoordelijkheid niet alleen te dragen, heb ik advies gevraagd aan de Sociaal Geriatrische Dienst, die natuurlijk ook geen oplossing had. Zo blijft de situatie ongewijzigd en voel ik mij tamelijk machteloos.

vaak niets met de klacht hebben te maken. Meestal is dan volstrekt onduidelijk, welke consequenties aan de gevonden afwijkingen moeten worden verbonden. Ook een ongerichte verwijzing en zeker een ziekenhuisopname doet vaak meer kwaad dan goed.

Het verdient aanbeveling tijdens het contact aandacht te besteden aan de volgende zaken:

- Welke contacten heeft de patiënt met zijn omgeving? Geeft de buurt steun, is er zorg vanuit de kerk of een andere maatschappelijke organisatie?
- Vele bejaarden zijn incontinent, maar uit schaamte wordt dat niet verteld. De huisarts kan dit onderwerp ter sprake brengen en daarbij eventueel aansluiten bij de campagnes van een aantal fabrikanten van wegwerpluiers om dit onderwerp bespreekbaar te maken.
- Er komen veel stoornissen aan het bewegingsapparaat voor, zodat het goed is geïnformeerd te zijn over de mobiliteit.
- Ook de zintuigelijke functies zijn vaak gestoord. Soms is de oplossing overigens heel eenvoudig: uitspuiten van een cerumenprop of het advies om bij het lezen voor goed licht te zorgen.
- De geheugenfunctie bij bejaarden is vaak verminderd; daarom dient ook hieraan aandacht te worden besteed.
- Inspectie van de huid is zeer nuttig, wegens het veel voorkomen van basaalcelcarcinomen e.d. Vaak is de huid erg droog en is er een neiging tot eczematistatie. Simpele adviezen, zoals minder gebruik maken van zeep, water of doucheschuim, en toepassing van een neutrale vette crème, doen hier vaak wonderen.
- Vaak zijn er gevoelsstoornissen in de voeten, ten gevolge van een slechte circulatie, diabetes, vitaminedeficiënties, pernicioze anemie of gecombineerde strengziekte, uremie, alcohol en geneesmiddelengebruik (bijvoorbeeld een onderhoudsdosering Furadantine). Het loont de moeite de vibratiezin na te gaan met een stemvork.
- Tenslotte is het vooral bij hoogbejaarden moeilijk om uit te maken, in hoeverre – vaak zeer belastend – aanvullend onderzoek, zoals een colonlooppfoto, nog zinvol is.

## Hoe staat de patiënt ervoor?

Om na te gaan hoe de patiënt er voor staat, probeer ik mij een oordeel te vormen over de volgende aspecten:

- Geestelijke weerbaarheid, waaronder ik het vermogen versta om voor zichzelf op te komen en problemen op te lossen.
- Depressiviteit. Als de gevoelens die worden ervaren in hoofdzaak negatief en somber zijn gekleurd, spreek ik van depressiviteit.
- De fysieke toestand.
- De sociale situatie. Hieronder versta ik de contacten die de bejaarde heeft met zijn omgeving, en zijn economische situatie.

Deze factoren staan niet los van elkaar, in tegendeel: er is een sterke wederzijdse beïnvloeding. Zo kan een verbetering van het sociale klimaat indirect een verbetering van de fysieke toestand bewerkstelligen. Vier typen, waarin we de hier genoemde factoren in verschillende combinaties tegenkomen, lijken mij in het bijzonder van belang (zie ook de casuïstiek op pagina 64).

### Geestelijk weerbaar maar fysiek en sociaal kwetsbaar

Onder deze categorie versta ik de mensen die sociaal economische deuken hebben opgelopen en lichamelijke mankementen hebben die met medicatie of anderszins aardig worden gecompenseerd. Geestelijk functioneren zij nog prima (*mevrouw A*). Dit soort problematiek komt veel bij bejaarden voor. Bij deze patiënten is een actieve surveillance door de huisarts niet noodzakelijk, omdat zij voor zichzelf kunnen opkomen. De sociale kwetsbaarheid rechtvaardigt echter het snel inwilligen van een visiteaanvraag.

### Chronisch ziek

Bij deze groep staat de beleving ziek te zijn voorop. De begeleiding van patiënten als *mevrouw B* vind ik moeilijk, omdat er nooit een eind aan lijkt te komen. Dit geldt ook voor de begeleiding van Parkinson-patiënten, patiënten met een forse resttoestand na een CVA, multiple sclerose-patiënten en ook patiënten met een maligne aandoening. In vergelijking met jongeren spe-

len vaak meer ziekten door elkaar, wat de behandeling ingewikkeld maakt. Ziekenhuisopnamen en ingrijpende onderzoeken moeten bij hoogbejaarde chronische patiënten zoveel mogelijk worden vermeden. Een ander verschil met jongere patiënten is dat je vaak samen al veel hebt meegemaakt. Dat is een groot voordeel, wanneer de verhouding goed is.

### Geestelijk minder weerbaar

Heel vaak roept de omgeving (familie of bureu) de huisarts te hulp (*meneer C*). Men is verontrust. Een eerste gesprek met de patiënt kan vrij goed verlopen en ik heb dan de neiging om de mededelingen van de omgeving wat overdreven te vinden. In een later stadium blijken de waarnemingen van de omgeving te worden bevestigd, en is van overdrijven geen sprake geweest. Als de dokter komt, zet de patiënt blijkbaar zijn beste beentje voor.

Deze ervaringen hebben gemaakt dat ik de waarnemingen van de familie meer serieus neem. Het afspreken van vervolgsconsulten in overleg met familie of omgeving is dan een goede manier om tot een juist beeld van de situatie te komen.

### Levensmoe

Bij deze groep staat de depressie op de voorgrond en suïcide behoort tot de mogelijkheden (*mevrouw D*). Bejaarden die recent een verlies hebben geleden, hebben vaak het gevoel dat zij het leven wel gehad hebben; wat er nu nog komt, interesseert hen niet meer. Dit vind ik zeer invoelbaar, maar moeilijk hanteerbaar is het wel. In dit soort situaties kan men het beste overleggen met een collega of iemand anders wiens visie men op prijs stelt.

### Conclusies

- Zeer belangrijk is het om je aan te passen aan het tempo van de oudere patiënt en de tijd te nemen.
- De problematiek bij ouderen is dikwijls gecompliceerd en multi-causaal.
- Er is vaak maar een geringe speelruimte om de problematiek te lijf te gaan.