De hulp van de huisarts aan ouderen

C. W. J. WEVERS EN J. VAN DER LEDEN

Gegevens over het functioneren van de huisartsenzorg voor ouderen zijn schaars. In een pilot-study met de Reason For Encounter Classification in een duopraktijk bleek dat slechts een kleine groep verantwoordelijk is voor het grootgebruikers-imago van ouderen. Bij deze groep is sprake van een multipathologie van relatief ernstige aard. Vele contacten met ouderen hebben een routinematig karakter: de contactreden was in 52 procent van de gevallen een behandeling en in driekwart van deze gevallen ging het om een bekende diagnose. Klachten kwamen als contactreden op de tweede plaats; in slechts een kwart van de gevallen ging het daarbij om een nieuwe klacht. In ongeveer de helft van de gevallen speelde de huisarts een doorslaggevende rol bij de totstandkoming van het contact.

Inleiding

Als gevolg van de toegenomen vergrijzing van de bevolking heeft de huisarts steeds vaker te maken met de specifieke problemen van bejaarden en met de zorg voor mensen met chronische aandoeningen. *Huygen* constateerde een sterke toename van het aantal chronische aandoeningen met het stijgen van de leeftijd.[1] *Van den Hoogen et al.* voorspellen op basis van het in 2000 te verwachte aandeel van de 65-plussers in de bevolking een toename van de totale morbiditeit en een stijging van het vóórkomen van chronisch-degeneratieve aandoeningen in de huisartspraktijk. De consequenties hiervan voor het functioneren van de huisarts kunnen de auteurs echter moeilijk aangeven.[2]

Dat de zorg van de huisarts voor zijn bejaarde patiënt de laatste jaren een toenemende belangstelling geniet, komt onder meer tot uiting in de *special* van *Huisarts en Wetenschap* 'Bejaarde patiënten in de huisartspraktijk'.[3] In dit supplement wordt ingegaan op de morbiditeit van ouderen en op de waarde van een periodiek geneeskundig onderzoek en preventief bejaardenonderzoek – een onderwerp waarover in het verleden ook al door *Fuldauer* is gepubliceerd.[4 5] Met name het artikel van *Lamoen* probeert een beeld te geven van het functioneren van de hulp van de huisarts, maar helaas ontbreekt een getalsmatige onderbouwing.[6] In het algemeen moet men constateren dat op dit gebied weinig onderzoek is gedaan. Ook *Lamberts* gaat vooral in op de redenen van contact en niet op de hulp van de huisarts.[7 8]

In de *pilot-study* 'Ouderen en hulpverlening' was daarentegen juist het functioneren van de zorg – huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk – voorwerp van onderzoek; hierbij namen de aard van de hulpvraag, de feitelijk gegeven hulp en de bekendheid met de leefsituatie van de oudere een centrale plaats in.[9] Dit artikel behandelt de vraag, welke hulp de cliënten van 65 jaar en ouder van de huisarts vroegen en welke maatregelen de huisarts in antwoord hierop nam.

Methoden

De onderzoekspopulatie bestond uit alle zelfstandig wonende ouderen (65-plussers), die stonden ingeschreven bij twee huisartsen van een groepspraktijk in een verstedelijkt plattelandsgebied.

De registratieperiode liep van februari tot en met juni, een aaneengesloten periode, die twee seizoenen omvatte en niet gehinderd werd door vakantieperikelen; een langere registratieperiode was onmogelijk, onder meer in verband met financiële beperkingen.

Gedurende de registratieperiode werden de volgende aspecten geregistreerd van alle *face to face* contacten met ouderen: de hulpvraag, de diagnostische en therapeutische activiteiten en de evaluatie van het contact.

- De registratie van de hulpvraag gebeurde met de Reason for Encounter Classification (RFEC).[7 8 10] De RFEC is een twee-assig registratiesysteem, waarbij per orgaansysteem of probleemgebied zeven categorieën contactredenen (RFEC-componenten) kunnen worden onderscheiden. Binnen deze categorieën kan door middel van een code de precieze reden van het contact worden aangegeven. De zeven categorieën contactredenen zijn:
  1. Symptomen en klachten.
  2. Procedures met betrekking tot diagnostiek, screening of preventie.
  3. Procedures met betrekking tot behandeling en medicatie.
  4. Testresultaten.
  5. Administratieve procedures.
  6. Andere redenen.
  7. Diagnosen en ziekten.

  Het inwerken met de RFEC gebeurde tijdens een proefregistratie van één maand met behulp van de *Manual for field testing the new RFE*.[11] Tijdens het gehele onderzoek had bovendien een intensief contact plaats tussen onderzoekers en hulpverleners, onder meer ter bewaking van de afspraken over classificatie en codering.

  Op basis van het vooronderzoek hebben wij een aantal wijzigingen aangebracht in de structuur van de RFEC:
  – in component 2 is onderscheid gemaakt tussen procedures met betrekking tot diagnostiek en procedures met betrekking tot screening en preventie;
  – binnen de componenten 2 t/m 6 is verder alleen op component-niveau geregistreerd en dus niet naar probleemgebied/orgaansysteem;
  – component 7 is uitgebreid met die gevallen waarin de arts de diagnose als de achterliggende reden voor het contact beschouwde, zonder dat de patiënt de diagnose als zodanig had genoemd;
  teneinde vergelijking met ander RFEC-onderzoek mogelijk te maken, is ook geregistreerd of de diagnose expliciet door de patiënt als contactreden was genoemd.
- Op dezelfde registratiekaart konden de huisartsen hun diagnostische en therapeutische activiteiten en procedures aangeven volgens een geprecodeerde lijst. Hierbij werd niet aangegeven op welk orgaansysteem of probleemgebied deze activiteiten en procedures betrekking hadden.
- De huisarts evalueerde het contact en zijn activiteiten met behulp van een vragenlijst (*bijlage*).

Resultaten

Gedurende de vijf registratiemaanden hebben de beide huisartsen contact ge-

C. W. J. Wevers, arts, wetenschappelijk medewerker aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, sector Zorg voor Ouderen; J. van der Leden, huisarts te Leiderdorp, medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden.
Correspondentie-adres: C. W. J. Wevers, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Postbus 124, 2300 AC Leiden.

had met 350 (64 procent) van de 548 ingeschreven ouderen. Het aantal contacten met ouderen in deze periode bedroeg 921, gemiddeld 9 ouderen per werkdag. Dit staat gelijk met 17 procent van het totaal aantal contacten in deze periode. Gegeven het feit dat de praktijk voor 11 procent uit ouderen bestaat, betekent dit dat de groep 65-plussers een wat groter beroep op de huisarts doet dan de jongere leeftijdgroepen.

Een kleine groep ouderen (n=48, 9 procent) had eens per maand of vaker contact met de huisarts. Deze 'grootgebruikers' namen 40 procent van de contacten met ouderen voor hun rekening. Deze groep heeft gemiddeld 8 maal contact gehad; één patiënt heeft de huisarts zelfs 24 maal bezocht.

Twaalf procent van de ouderen werd 3-4 maal door de huisarts gezien, terwijl 44 procent 1-2 maal contact had; 35 procent zag de dokter helemaal niet.

De niet-gebruikersgroep blijkt jonger te zijn (gemiddeld 73 jaar) dan de gebruikersgroep (75 jaar); de grootgebruikersgroep is gemiddeld 78 jaar. De leeftijdopbouw van de gebruikersgroep verschilt niet significant voor beide huisartsen.

Uit *tabel 1* blijkt dat huisarts II meer contacten had met minder patiënten dan huisarts I. Het gemiddelde aantal contacten per oudere cliënt was bij huisarts II 3,3 en bij huisarts I 2,1. Vooral de grootgebruikers zijn bij huisarts II aanzienlijk meer vertegenwoordigd. Huisarts II heeft ook relatief meer contacten met vrouwen en huisarts I meer met mannen. Daarnaast blijkt het aantal contacten van huisarts I gelijkmatiger gespreid te zijn over de maanden, weken en dagen per week.

Een groot deel (43 procent) van de contacten heeft bij de bejaarde thuis plaatsgevonden. Grootgebruikers werden relatief vaak thuis bezocht: het gemiddelde percentage huisbezoeken bedroeg voor hen 66 procent van de contacten, tegen 29 procent voor alle ouderen. Verder bleek dat de huisbezoeken vooral plaatsvonden bij ouderen die in dezelfde gemeente woonden als waarin de praktijk is gevestigd. Dit weerspiegelt de werkwijze van de huisartsen: vooral patiënten van huisarts I wonen in de omliggende gemeenten, terwijl deze huisarts relatief weinig huisbezoeken maakt.

In de helft van de gevallen blijken de huisartsen zelf een initiërende rol te hebben gespeeld in de totstandkoming van het contact; 43 procent van de contacten was een reeds afgesproken her-

Tabel 1 – Table 1. *Contactfrequentie naar geslacht en huisarts. Afgeronde kolompercentages – Encounter frequency by sex and general practitioner. Rounded column percentages.*

Number of encounters	GP I		GP II		Total	
	M	F	M	F	M	F
0	39	37	37	27	39	33
1-2	50	42	36	44	45	43
3-4	6	16	13	13	9	15
≥5	4	5	13	16	8	10

Tabel 2 – Table 2. *De contactredenen naar RFEC-componenten. Percentages – Reasons for encounter by RFEC components. Percentages.*

Components	GP I (n=690)	GP II (n=1027)	Total (n=1717)
1. Symptoms and complaints: old	14.5	16.3	15.5
new	19.0	20.8	20.1
2. Diagnostic procedures	2.2	6.3	5.0
Screening, prevention procedures	3.3	0.6	1.7
3. Treatment procedures/medication	51.7	48.0	49.5
4. Testresults	1.6	1.4	1.5
5. Administrative	2.2	3.1	2.7
6. Other	2.9	1.6	2.1
7. Diagnoses, diseases	2.6	1.5	1.9

Tabel 3 – Table 3. *Als contactreden gepresenteerde symptomen en klachten c.q. diagnosen naar RFEC-hoofdstuk. Percentages – Symptoms and complaints or diagnoses presented as reason for encounter by RFEC chapter. Percentages.*

Chapters	Symptoms/complaints			Diagnoses[a]		
	GP I (n=231)	GP II (n=381)	Total (n=612)	GP I (n=292)	GP II (n=370)	Total (n=662)
A. General	6.9	11.8	10.0	–	0.8	0.5
B. Blood, bloodforming	0.4	–	0.2	–	0.3	0.2
D. Digestive	10.4	13.4	12.3	8.6	3.5	5.7
F. Eye	2.2	0.8	1.3	1.0	1.1	1.1
H. Ear	3.9	3.7	3.8	0.3	0.8	0.6
K. Circulatory	7.3	3.7	5.1	38.0	38.4	38.2
L. Musculoskeletal	19.9	20.2	20.1	4.4	1.6	2.9
N. Neurological	10.0	5.5	7.2	3.4	1.1	2.1
P. Psychological	3.5	7.0	5.7	25.0	18.1	21.1
R. Respiratory	15.1	17.8	16.8	4.8	13.2	9.5
S Skin	9.1	9.7	9.5	5.6	6.8	6.2
T. Metabolic, endocrine, nutr.	0.4	0.3	0.3	2.7	4.6	3.8
U. Urinary	3.9	3.4	3.6	3.0	0.3	1.5
X. Female genital	1.3	1.0	1.1	1.7	8.9	5.7
Y. Male genital	–	–	–	1.4	0.5	0.9
Z. Social	5.6	1.6	3.1	–	–	–

[a] Inclusief alle gevallen waarin de diagnose niet expliciet door de patiënt als contactreden werd genoemd, maar wél als zodanig door de huisarts werd beschouwd – Including all cases in which the diagnosis was not explicitly mentioned by the patient as reason for encounter but was regarded as such by the general practitioner.

Synopsis
Wevers CWJ, Van der Leden J. Care provided by the general practitioner to the elderly. Huisarts Wet 1987; 30: 3-8.

Introduction. The functioning of care for the elderly was studied in the pilot study 'The elderly and provision of care'. This article discusses the type of care requested from the general practitioner by patients aged 65 and over, and the measures taken by the general practitioner in response to these requests.

Methods. The study population comprised all independently living patients aged 65 and over who were registered with two general practitioners of a group practice. During a registration period of five months, the following aspects of all face-to-face encounters with elderly patients were registered: the request for help, the diagnostic and therapeutic activities, and the encounter evaluation.

Registration of requests for help was done with the aid of the Reason for Encounter Classification (RFEC) 7,8,11, with a few modifications: in component 2 a distinction was made between diagnostic procedures and procedures of screening and prevention; in components 2 through 6 registration was done solely on the component level and no longer by problem area/organ system; component 7 extended to include cases in which the doctor regards the diagnosis as the true reason for encounter although the patient did not mention the diagnosis as such. In addition the general practitioners marked their diagnostic and therapeutic activities and procedures on the registration form. Finally, they evaluated the encounters and their activities with the aid of a questionnaire.

Results. During the five months of the registration period the two general practitioners had encounters with 350 of the 548 registered elderly patients (64 percent). The number of encounters with elderly patients during this period was 921, i.e. an average of 9 elderly patients per working day. This equals 17 percent of the total number of encounters during this period (percentage of elderly patients in the practice: 11).

A small group of elderly patients (n=48, 9 percent) had monthly or more frequent encounters with the general practitioner. These 'large consumers' accounted for 40 percent of all encounters with elderly patients.

Table 1 shows that general practitioner II had more encounters with fewer patients than general practitioner I. Some 43 percent of the encounters were at the patients' homes. Large consumers were visited at home relatively often. House calls mostly involved elderly patients living in the same municipality as that of the practice.

In some 50 percent of the cases the general practitioners themselves initiated the encounter. In the other cases the client took the initiave (only some 29 percent of the large consumers).

During 921 encounters 1717 reasons for encounter were registered (*table 2*). Few complaints were registered as reasons for encounter, but many therapies and medications. Moreover, some 75 percent of the therapies and medications registered as reason for encounter were related to a known diagnosis. In only 32 cases did patients themselves give the diagnosis as reason for encounter.

Musculoskeletal affections came to the fore mostly as complaints, not as diagnoses. The reverse applied to cardiovascular affections (*table 3*). *Table 4* shows that the number of complaints/symptoms and diagnoses for every organ system/problem area was significantly larger in large consumers than in the entire study population.

Strikingly little recourse was had to physical examination, laboratory tests and radiological examination (*table 6*). The two general practitioners differed in frequency of specific physical examination, blood pressure measurement and requests for radiological examination.

Talking and writing were the principal activities of the general practitioners, and reappointments were often made (*table 7*). The general practitioners differed in percentage of referrals and reappointments.

According to the general practitioners problems were not clear in only 3 percent of encounters (*table 8*). In this respect, too, the two general practitioners differed; and this is even more apparent in assessment of the nature of the problems. In a very small number of cases the general practitioners were dissatisfied with their approach, and in their opinion clients were likewise seldom dissatisfied (be it slightly more often than the general practitioners).

Key words: Aged; Family practice.
Address for correspondence: C. W. J. Wevers, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Postbus 124, 2300 AC Leiden, The Netherlands.

halingscontact en in 6 procent van de gevallen had de huisarts zelf het initiatief tot het contact genomen. De huisartsen verschillen wat dit betreft niet.

In de overige gevallen nam de cliënt het initiatief tot het contact; voor de grootgebruikersgroep was dit gemiddeld slechts 29 procent. Familie van de cliënt of andere eerstelijns hulpverleners konden slechts sporadisch als initiatiefnemer worden aangemerkt.

Contactredenen

Wij registreerden in 921 contacten 1717 contactredenen (*tabel 2*). Dit betekent gemiddeld 1,9 reden per contact. De verschillen tussen de huisartsen ten aanzien van de geregistreerde contactredenen zijn niet groot. Het meest opvallende is dat huisarts II meer diagnostische procedures aangeeft en huisarts I meer preventieve procedures.

Er zijn weinig klachten als contactreden genoemd en veel behandelingen en medicatie. Driekwart van de behandelingen en medicatie als contactredenen gebeurt bovendien in verband met een bekende diagnose.

De patiënten brachten volgens de artsen de diagnose slechts 32 maal als contactreden naar voren. De overige categorieën contactredenen kwamen weinig voor.

Van de 921 contacten had 52 procent als reden een behandeling in het kader van een of meer bekende diagnosen en 44 procent een symptoom of klacht. Contacten waarin nieuwe klachten of symptomen als contactreden werden genoemd, maakten 26 procent uit van het totaal aantal contacten. Contacten waarin een van de andere categorieën contactredenen naar voren werden gebracht, kwamen weinig voor.

Aandoeningen op het gebied van het bewegingsapparaat kwamen voornamelijk naar voren als klachten en niet als diagnosen. Bij hart- en vaataandoeningen was dit juist omgekeerd (*tabel 3*).

Het aanzienlijke percentage diagnosen op psychisch terrein geeft een wat vertekend beeld, doordat de – door ons ingevoerde – codering voor sociaal bezoek/begeleiding en ziekenhuisbezoek in dit hoofdstuk is ondergebracht. Deze activiteiten worden door de huisarts blijkbaar regelmatig ondernomen, maar kunnen niet als contactreden van de cliënt worden beschouwd.

Uit *tabel 4* blijkt dat het aantal klachten/symptomen en diagnosen bij de grootgebruikers voor elk orgaansysteem/probleemgebied beduidend hoger is dan bij de groep als geheel. Gemid-

deld zijn er drie verschillende klachten/symptomen en drie verschillende diagnosen per patiënt.

Tabel 5 geeft tenslotte de top-10 aan bij ouderen gesignaleerde klachten. Met uitzondering van 'hoesten' zijn dit alle specifieke 'ouderen-klachten'.

Diagnostische en therapeutische activiteiten

Algemeen lichamelijk onderzoek en laboratorium- en röntgenonderzoek hebben opvallend weinig plaatsgevonden (*tabel 6*). Bij zijn oudere cliënten vertrouwt de huisarts op de anamnese, het specifiek lichamelijk onderzoek, de bloeddrukmeter en de stethoscoop. Enigerlei diagnostiek blijkt niet van toepassing bij 29 procent van de contacten, hetgeen een aanwijzing is voor het niet strikt medische of het routinematige karakter van vele contacten. Er is een verschil tussen de beide huisartsen in de frequentie van het specifiek lichamelijk onderzoek, met name het meten van de bloeddruk en het aanvragen van röntgenonderzoek.

Praten en schrijven blijken de belangrijkste activiteiten van de huisarts te zijn (*tabel 7*). Doordat de registratie samenviel met de eerste maanden van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen, zal het percentage recepten bovendien wellicht lager zijn uitgevallen dan anders het geval zou zijn geweest. Het consulteren van specialisten blijkt nauwelijks voor te komen, terwijl vaak een afspraak voor een vervolgcontact wordt gemaakt.

De huisartsen verschillen van elkaar op een aantal punten, zoals het percentage verwijzingen en afspraken voor een herhalingscontact.

De diagnostische en therapeutische activiteiten ten aanzien van de groep grootgebruikers onderscheiden zich nauwelijks van de activiteiten bij de groep als geheel. Wel vindt bij de grootgebruikersgroep vaker een gesprek plaats dan bij de overige ouderen.

Evaluatie van het contact

Het probleem is naar het oordeel van de huisartsen bij slechts 3 procent van de contacten niet duidelijk (*tabel 8*).

Ook in dit opzicht blijkt er tussen beide huisartsen verschil. Dit komt nog meer tot uiting in de beoordeling van de aard van het probleem: huisarts I is meer gevoelig voor het niet-lichamelijke aspect.

De artsen zijn in een zeer gering aantal gevallen op bepaalde punten ontevreden over hun eigen aanpak (20 van de 921 contacten, 2 procent). De redenen van de ontevredenheid zijn uiteenlopend. De cliënt is volgens de artsen ook zelden ontevreden, maar wel iets vaker dan de artsen zelf (3 procent van de contacten), en ook hier om uiteenlopende redenen.

Het contact met de cliënt wordt door de huisartsen in meer dan 90 procent van de gevallen vertrouwd, gemakkelijk en plezierig beoordeeld. Uitgesproken negatief blijken zij slechts bij ongeveer 1 procent van de contacten te zijn en zij verschillen hierin niet.

Beschouwing

De resultaten van deze *pilot-study* zijn afkomstig uit één huisartspraktijk en zijn vanzelfsprekend niet representatief voor het functioneren van de huisartsenzorg elders. Gezien de kleine groep en de korte registratieperiode hebben onze conclusies bovendien een tentatief karakter. Daarbij moet rekening worden gehouden met een zekere onderrapportage: er kunnen tijdens het contact complexe zaken aan bod zijn gekomen die bij het invullen van de registratiekaart zijn versimpeld.

Tabel 4 – Table 4. *Patiënten met symptomen en klachten c.q. diagnosen naar RFEC-hoofdstuk. Percentages (aantal patiënten = 100) – Patients with symptoms and complaints or diagnoses by RFEC chapter. Percentages (number of patients = 100).*

Chapters	All patients (n=350)		Patients with frequent encounters (n=48)	
	symptoms/complaints	diagnoses[a]	symptoms/complaints	diagnoses[a]
A. General	10.9	0.6	45.8	2.1
B. Blood, bloodforming	0.3	0.3	2.1	0.0
D. Digestive	11.4	4.6	25.0	8.3
E. Eye	2.0	1.1	6.3	0.0
H. Ear	4.9	0.9	0.0	0.0
K. Circulatory	6.6	29.4	27.1	52.1
L. Musculoskeletal	21.1	3.7	45.8	8.3
N. Neurological	9.1	2.3	31.3	4.2
P. Psychological	7.4	17.4	20.8	56.3
R. Respiratory	17.4	8.9	62.5	31.3
S. Skin	10.3	6.0	16.7	12.5
T. Metabolic, endocrine, nutr.	0.6	4.3	0.0	8.3
U. Urinary	4.6	1.4	8.3	4.2
X. Female genital	1.7	3.7	2.1	6.3
Y. Male genital	–	1.1	0.0	2.1
Z. Social	5.1	–	10.4	0.0

[a] Inclusief alle gevallen waarin de diagnose niet expliciet door de patiënt als contactreden werd genoemd, maar wél als zodanig door de huisarts werd beschouwd – Including all cases in which the diagnosis was not explicitly mentioned by the patient as reason for encounter but was regarded as such by the general practitioner.

Tabel 5 – Table 5. *De tien meest voorkomende klachten in de onderzoeksgroep en het rangnummer van deze klachten in een eerder onderzoek in Nederland onder alle leeftijdsgroepen – The ten most common symptoms/complaints in the study population and the rank numbers of these symptoms/complaints in a previous study in the Netherlands concerning all age groups.*

Symptoms/complaints	This study	Lamberts[8]
R19 Shortness of breath	1	14
S11 Localized lesion skin	2	9
L14 Leg symptoms, complaints	3	16
R17 Cough	4	1
A19 General weakness, tiredness	5	12
N17 Vertigo, dizziness	6	–
D11 Localized abdominal pain	7	8
L15 Knee symptoms	8	15
L17 Foot & toe symptoms/complaints	9	–
H13 Plugged feeling	10	–

Uit het onderzoek is ons verder duidelijk geworden dat het registreren met de Reason For Encounter Classificatie tamelijk arbeidsintensief is en strakke uitvoeringscondities vereist. Dit betekent naar onze mening, dat een dergelijke registratie niet gemakkelijk geïntegreerd zal kunnen worden in de dagelijkse routine van een gemiddelde huisartspraktijk.

De morbiditeitsgegevens van ons onderzoek wijzen in dezelfde richting als die van *Huygen* en *Schellekens en Hilderink*.[1 12] Er lijken bij ouderen vooral aandoeningen voor te komen op het gebied van het bewegingsapparaat en de bloedsomloop, terwijl neurologische en psychologische klachten ook relatief veel voorkomen.

Meer opmerkelijk zijn onze bevindingen ten aanzien van het functioneren van de huisartsenzorg. De conclusie lijkt gerechtvaardigd, dat opvallend veel contacten met ouderen gekenmerkt worden door een zekere mate van routine, die verband houdt met het veelvuldig voorkomen van chronische aandoeningen. Bij 52 procent van de contacten was de contactreden een behandeling en in driekwart van deze gevallen ging het om een bekende diagnose. Tijdens 30 procent van de contacten is dan ook geen diagnostische procedure van toepassing. In slechts 26 procent van de contacten worden als contactreden 'nieuwe klachten' gepresenteerd.

Klachten als redenen voor contact komen in ons onderzoek op de tweede plaats, na behandelingen. Opvallend in dat verband is, dat de huisarts zelf een zeer belangrijke rol blijkt te spelen bij de totstandkoming van de contacten. In bijna de helft van de gevallen nam hij het initiatief of had hij een datum voor een vervolgcontact afgesproken. De zorgbehoefte van de cliënt wordt dan ook mede bepaald door de hulpverlener.

Tussen de twee huisartsen bestond in dit opzicht een duidelijk verschil. Deze interdokter-variatie komt eveneens naar voren in de geregistreerde redenen voor contact, de ondernomen (diagnostische) maatregelen en de evaluatie van de hulpvraag. Maar in dit verband zijn de overeenkomsten, zoals in de receptuur, even opmerkelijk als de verschillen. Overigens kunnen de verschillen in werkwijze ook verband houden met verschillen tussen de patiëntenpopulaties. Dat geldt, zoals we gezien hebben, niet voor de leeftijdopbouw, maar mogelijk wel voor kenmerken als woonplaats en burgerlijke staat.

Het gemiddeld aantal contacten met ouderen is niet veel groter dan dat met cliënten van alle leeftijden, maar die contacten kosten wel veel meer tijd. Een kleine en duidelijk te onderscheiden groep oudere cliënten neemt 40 procent van de contacten voor zijn rekening. Het grootgebruikers-imago van ouderen is in feite slechts op deze groep van toepassing.

Bij deze patiënten is sprake van multipathologie van ernstige aard. Strikt medisch gezien kan de huisarts bij deze groep meestal niet veel doen. Wél is een goede follow-up gewenst. De twee artsen hebben op dit punt een verschillende werkwijze: bijna driekwart van de grootgebruikersgroep is onder de hoede van huisarts II, die in het algemeen ook meer contacten heeft met minder ouderen dan huisarts I. Wellicht dat de wijk-

Tabel 6 — Table 6. *Diagnostische procedures. Percentages (aantal contacten =100) – Diagnostic procedures. Percentages (number of encounters = 100).*

Diagnostic procedures	GP I (n=402)	GP II (n=519)	Total (n=921)
History	38.1	35.3	36.5
General physical examination	1.0	1.9	1.5
Specific physical examination	37.8	48.2	43.6
Laboratory tests	7.0	5.6	6.2
Fundoscopy/tonometry	1.2	1.2	1.2
Blood pressure	30.6	19.3	24.2
ECG	1.2	0.6	0.9
Radiology	1.0	3.3	2.3
Does not apply	30.1	28.3	29.1

Tabel 7 — Table 7. *Ondernomen actie. Percentages (aantal contacten = 100) – Action taken. Percentages (number of encounters = 100).*

	GP I (n=402)	GP II (n=519)	Total (n=921)
Therapeutic interview	33.4	33.9	33.7
Medical advice	14.2	22.2	18.7
Prescription	49.1	47.0	47.9
Instrumental intervention	7.7	2.3	4.7
Referral	8.0	13.5	11.1
Consultation	0.5	0.2	0.7
Coordination	0.7	2.3	1.6
Preventive measures	0.5	0.4	0.4
Reappointment	31.9	52.0	43.4
Other action	5.0	6.2	5.7
No action	2.0	2.7	2.4

Tabel 8 — Table 8. *Evaluatie van de hulpvraag. Percentages (aantal contacten = 100) – Evaluation of the problem. Percentages (number of encounters = 100).*

	GP I (n=402)	GP II (n=519)	Total (n=921)
Is the problem clear?			
– yes	85.0	76.5	80.1
– more or less	10.4	20.0	15.8
– no	3.5	2.7	3.0
– not stated	1.2	0.8	1.1
What is the principal nature of the problem?			
– physical	42.0	56.8	50.3
– non-physical	23.1	5.4	13.1
– both	33.3	37.0	35.4
– not stated	1.6	0.8	1.2

verpleegkundige een deel van deze taak op zich kan nemen.

Tenslotte de evaluatie van de contacten. Beide huisartsen lijken zich redelijk zeker te voelen in hun functioneren ten aanzien van hun oudere cliënten. Slechts bij 3 procent van de contacten was de aangeboden problematiek volgens hen niet duidelijk. Ook bleek een negatieve evaluatie, hetzij van hun aanpak, hetzij van de emotionele kant van het contact, zelden voor te komen.

Dit is een interessante bevinding, gezien de aanleiding voor de huisartsen om mee te doen aan het onderzoek: beiden vroegen zich af of de door hen hulp gegeven hulp wel aansloot op de behoeften van hun ouderen patiënten.

Dankbetuiging
Met de zeer gewaardeerde medewerking van J. v.d. Beek, huisarts te Leiderdorp.

[1] Huygen FJA. Zorg voor ouderen in de eerste lijn. Ned Tijdschr Gerontol 1977; 8: 142-8.
[2] Van den Hoogen HJM, Schellekens JWG, Schröder PBM, Van der Velden HGM, Voorn ThB. Huisarts en vergrijzing; een onderzoek naar veranderingen in het morbiditeitspatroon in de huisartsenpraktijk als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Tijdschr Soc Geneeskd 1982; 60: 870-4.
[3] Bejaarde patiënten in de huisartsenpraktijk. Huisarts Weten 1985; 28(suppl H&P 9).
[4] Fuldauer A. Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1966.
[5] Fuldauer A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk; een studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. Huisarts Weten 1973; 16: 135-47.
[6] Van Lamoen FK. Huisarts Weten 1985; 28(suppl H&P 9): 63-5.
7Lamberts H. Redenen naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for Encounter Classification. Huisarts Weten 1982; 25: 301-10.
[8] Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts? Een internationale studie met de Reason for Encounter Classification. Huisarts Weten 1984; 27: 234-44.
[9] Wevers CWJ, et al. Ouderen en hulpverlening; verslag van een pilotstudie naar de zelfstandigheid, de zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Leiden: NIPG/TNO, 1985.
[10] Van der Horst F, Seelen A, Vissers F. Registratie in de huisartspraktijk. Over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE-classificatiesysteem. Huisarts Weten 1985; 229-34.
[11] Anonymous. Manual for field testing the new RFE. Z.p., z.j.
[12] Schellekens JWG, Hilderink CMA. Morbiditeit van ouderen in de huisartspraktijk. Huisarts Weten 1985; 28(suppl H&P 9): 7-9.

Bijlage. *Vragenlijst met betrekking tot de evaluatie.*

1. Vindt u het probleem, dat volgens u de prioriteit heeft:
- duidelijk (ja/min of meer/nee);
- ernstig (ja/min of meer/nee);
- urgent (ja/min of meer/nee)?
2. Vindt u het accent meer op het lichamelijke dan wel niet-lichamelijke vlak liggen (lichamelijk/niet-lichamelijk/beide)?
3. Welke andere chronische problemen en/of klachten spelen op dit moment een rol?
4. Bent u (op bepaalde punten) ontevreden over uw aanpak (ja/nee)?
Zo ja, waarom?
5. Denkt u dat de cliënt (op bepaalde punten) ontevreden is over uw aanpak (ja/nee)?
Zo ja, waarom?
6. Van welke andere hulpverleners zou hulp gewenst zijn?
7. Was dit contact volgens u:
- vertrouwd (ja/min of meer/nee);
- gemakkelijk (ja/min of meer/nee);
- plezierig (ja/min of meer/nee)?

Struikelblok

Jobstijding

Kort samengevat komt het spoedgeval hierop neer:

De 82-jarige mijnheer S wil 's nachts om drie uur zijn vrouw aan het mes rijgen. Mevrouw S is daar begrijpelijkerwijs heel erg van geschrokken, ze heeft bescherming gezocht bij de buren en deze gastvrije mensen bellen nu de huisdokter van de familie S: 'Mijnheer moet weg, dat begrijpt de dokter toch zeker wel, anders heeft hij straks een moord op zijn geweten.'

Geen prettig telefoontje voor mij, zo midden in de nacht. 'Moet weg' is helaas een hulpvraag waaraan niet altijd voldaan kan worden. Bovendien herinner ik me pijnlijk een gesprek met mevrouw S, enkele maanden geleden, waarin zij melding maakte van de toenemende geestelijke verwardheid en agressieve buien van haar gemaal. Ik had toen beloofd eens een huisbezoek bij haar te zullen brengen, maar (verder geen tijding, dus goede tijding) deze belofte was in het vergeetboek geraakt; alles wat ik uiteindelijk deed voor de heer S was, na een telefonisch verzoek, een verlenging van de medicatie. Nu zit ik met de gebakken peren.

Ik tref de heer S alleen in huis aan, duidelijk verward en plukkend aan z'n lange onderbroek. Op het nachtkastje ligt een broodmes.

Verder onderzoek levert de reeds lang bekende CARA-verschijnselen op en enig oedeem aan de onderbenen. Geen volle blaas. Medicatie: een aminefyllinepreparaat en lanoxine. Ik maak de balans op. Van de RIAGG-psychogeriatrie hoef ik op dit uur van de nacht niets te verwachten. De inmiddels gearriveerde zoon moet straks aan het werk en piekert er niet over hier te blijven: 'dit is dokterswerk'. Mevrouw is door de schrik niet tot enig handelen in staat en ik kan toch ook niet zomaar naar huis toe gaan en de heer S aan zijn lot over laten.

Patiënt dus opnemen op interne; diagnose: acute verwardheid op basis van aminofylline-intoxicatie. De internist is pissig als hij hoort dat het gaat om een verwarde bejaarde (en achteraf blijkt de diagnose inderdaad niet juist; er worden geen ernstige interne afwijkingen gevonden).

Geen tijding, beslist géén goede tijding en uiteindelijk een jobstijding. Juist bejaarden neigen tot medische onderconsumptie; zij leggen zich gemakkelijk neer bij de onvermijdelijke achteruitgang van lichaam en geest. Familie, bang om ingespannen te worden door zorgbehoefte, houdt zich afzijdig.

Anticiperen ware hier geweest: regelmatig huisbezoek, zeker na het seintje van mevrouw, medicatie bewaken, tijdig contact leggen met de psychogeriatrie en de familie mobiliseren voor beperkte en overzichtelijke mantelzorg. Het resultaat, denk ik, geen moordaanslag, geen burengerucht, geen kwade zoon, geen pissige internist en geen huisarts in de puree.

Een gemiste kans dus, maar wel leerzaam.