

Cerebrovasculaire stoornissen bij ouderen in de huisartspraktijk

B. MEYBOOM-DE JONG
R.J.A. SMITH

In het kader van het Autonomieproject – een onderzoek naar de morbiditeit en de functionele toestand van ouderen in de huisartspraktijk – werden door 25 huisartsen in 12 praktijken gedurende één jaar alle face-to-face contacten met 5502 bejaarden geregistreerd. Tijdens dat jaar registreerden zij 82 episoden met de diagnose ‘transient cerebral ischemia’ en 167 episoden met de diagnose ‘other cerebrovascular disease’. Gemiddeld vonden drie à vier contacten per episode plaats, waarvan ruim driekwart bestond uit huisbezoeken. Naast de cerebrovasculaire stoornis werden gemiddeld zes andere aandoeningen geregistreerd. In de loop van het jaar overleden 29 patiënten. De functionele toestand van de patiënten was over het algemeen ernstig tot zeer ernstig beperkt. Van de patiënten met een voorbijgaande cerebrovasculaire stoornis werd 12 procent naar de specialist verwezen; van degenen met een blijvende stoornis was dat 47 procent.

Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Cerebrovasculaire stoornissen bij ouderen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1989; 32(10): 359-65.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

Dr. B. Meyboom-de Jong, wetenschappelijk hoofdmedewerker, huisarts te Opeinde; R.J.A. Smith, methodoloog.

Correspondentie: Dr. B. Meyboom-de Jong.

Inleiding

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 45.000 mensen getroffen door een cerebrovasculaire stoornis, van wie er ongeveer 20.000 overlijden. Het gaat om een belangrijke doodsoorzaak: voor mannen de derde (na ischemische hartziekten en kanker) en voor vrouwen de tweede (na ischemische hartziekten).¹ Bovendien zijn cerebrovasculaire stoornissen verantwoordelijk voor een aanzienlijke invaliditeit.

De helft van alle cerebrovasculaire stoornissen treedt op bij mensen van 75 jaar en ouder, en dat betekent dat dit ziektebeeld een belangrijke bron van lijden zal blijven, zelfs al zou de incidentie dalen.²⁻⁴ De huisarts krijgt betrekkelijk vaak te maken met deze patiënten: niet alleen is hij meestal de eerste arts die de patiënt ziet, maar bovendien worden lang niet alle patiënten met een cerebrovasculaire stoornis opgenomen in het ziekenhuis; hoe ouder de patiënt, des te minder vaak vindt opname plaats.^{5,6}

In dit artikel wordt ingegaan op de volgende vragen:

- hoe vaak zien huisartsen patiënten met voorbijgaande en permanente cerebrovasculaire stoornissen en om wat voor patiënten gaat het?
- wat is de reden dat de huisarts geroepen wordt?
- wat doet de huisarts?
- welke andere kwalen ziet de huisarts bij deze patiënten?
- in welke mate zijn deze patiënten beperkt in hun functioneren?

Methode

De gegevens voor dit artikel zijn verzameld in het kader van het Autonomieproject, een door het Praeventiefonds gesubsidieerd onderzoek naar de morbiditeit en de functionele toestand van ouderen in de huisartspraktijk. Gedurende één jaar registreerden 25 huisartsen in twaalf huisartspraktijken in Noord-Nederland alle face-to-face contacten met hun bejaarde patiënten.⁸

De contactredenen, de diagnoses, de status van het probleem (nieuw probleem of vervolcontact), de zekerheid van de huisarts met betrekking tot de diagnose en

de diagnostische en therapeutische interventies van de huisarts werden geregistreerd met de International Classification of Primary Care (ICPC).^{9,10} Voor de diagnoses werden de inclusiecriteria van de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-definied) gehanteerd:

- *Transient cerebral ischemia*, inclusief transient ischemic attack (TIA):
 - symptomen van voorbijgaande (korter durend dan 24 uur) hypofunctie van de hersenen met een plotseling begin;
 - herstel zonder blijvende gevolgen;
 - migraine, migraine-equivalenten en epilepsie zijn uitgesloten.
- *Other cerebrovascular disease*, inclusief alle vormen van CVA, post-CVA-verlammingen, subacute en chronische cerebrovasculaire ziekten: verschijnselen en symptomen van een stoornis in het cerebraal functioneren, die van vasculaire oorsprong is en die 24 uur of langer duurt dan wel tot de dood leidt.¹¹

De verzamelde gegevens zijn volgens de episode-georiënteerde methode van het Transitieproject geanalyseerd.^{10,12} Van een episode wordt gesproken gedurende de gehele periode dat een gezondheidsprobleem of ziekte onder de aandacht van de gezondheidszorg valt, vanaf het moment dat het probleem voor het eerst onder de aandacht van de huisarts komt tot het moment dat de geneeskundige bemoeienis stopt. Die bemoeienis kan beëindigd worden, omdat het probleem is opgelost of omdat de patiënt en zijn familie er verder zelf voor zorgen.

De beperkingen van de functionele toestand werden vastgesteld met Functiekaarten met de volgende tekst:

- wat is de zwaarste inspanning die u minsten twee minuten kon volhouden gedurende de laatste vier weken?
- hoe vaak voelde u zich de afgelopen vier weken ongelukkig, in de put, zenuwachtig of prikkelbaar?
- hoeveel last had u de afgelopen vier weken van gezondheidsproblemen bij uw dagelijkse bezigheden?
- hoe vaak belemmerden gezondheidsproblemen uw gewone contacten met familie, vrienden, burens, kennissen of clubs gedurende de afgelopen vier weken?

De antwoorden werden gescoord op een vijfpuntsschaal, waarbij de laagste score (1) 'geen beperkingen/nooit hinder' en de hoogste score (5) 'volledige beperkingen/altijd hinder' betekende.^{8 13 14}

De functiebeperkingen zijn apart aangegeven voor nieuwe contacten en voor vervolcontacten. Bij nieuwe contacten gaat het om de functionele toestand per patiënt; bij de vervolcontacten kan het om meer contacten per patiënt gaan: patiënten die frequent kwamen, beoordeelden immers in principe vaker hun functionele toestand. Een patiënt met ernstige beperkingen die frequent komt en telkens zijn functionele toestand scoort, kan de groepsscore eenzijdig beïnvloeden.

Daarnaast worden de functiebeperkingen beïnvloed door de co-morbiditeit (het aantal verschillende episoden) van de patiënt.

Zowel de beoordelingen van de patiënten als van de huisartsen zijn vermeld. De beoordelingen van de contacten die uitsluitend door de huisarts werden gescoord, zijn apart vermeld.

De betrouwbaarheid van de morbiditeitsregistratie is onderzocht door bij een steekproef van 5 procent van de patiënten alle contacten van de patiëntenkaart te vergelijken met de coderingen in de computer.

De test-hertest betrouwbaarheid van de functiekaarten bij invulling door patiënten en huisartsen is nagegaan door de functiekaarten twee maal te laten invullen.

De construct-validiteit van de functiekaarten werd nagegaan door de antwoorden op de functiekaarten te vergelijken met die op een korte functievragenlijst, de Algemene-Gezondheidsvragenlijst, een Algemene - Dagelijkse - Levensverrichtingenlijst, het Nottingham Gezondheidsprofiel en de Eenzaamheidsvragenlijst.⁸

Resultaten

Betrouwbaarheid van de registratie

De betrouwbaarheid van de morbiditeitsregistratie is hoog. In de registratie ontbreekt ongeveer 5 procent van alle contacten en bij 2 à 3 procent van de ingevoerde ICPC-codes zijn fouten gemaakt.

De test-hertest betrouwbaarheid van de

functiekaarten is acceptabel: de Pearson correlaties variëren van .67 tot .82 en kappa (een voor het toeval gecorrigeerde overeenstemmingsmaat) varieert van .49 tot .59, bij afname van de functiekaarten met een tussenpoos van drie weken bij 132 ouderen. De test-hertest betrouwbaarheid van de functiekaarten bij invulling door de huisartsen is goed: de gemiddelde Pearson-correlaties variëren van .91 tot .93, en kappa varieert van .75 tot .83. Er doet zich hierbij een aanzienlijke interdokter-variatie voor.

De functiekaarten hebben een acceptabele constructvaliditeit. De lichamelijke en

psychische functiekaart meten een deel van het functioneren, namelijk het lichamelijke inspanningsvermogen en de hinder van psychische problemen; de dagelijkse bezigheden worden zowel door lichamelijke als psychische functies beïnvloed en de dagelijkse-bezighedenkaart toont, evenals de sociale-functiekaart, overlap met de lichamelijke en psychische functies.

Kenmerken onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit alle 5502 mensen van 65 jaar en ouder die bij het begin van de registratieperiode bij de deelnemende huisartsen stonden ingeschreven.

Tabel 1a Incidentie en prevalentie van 'transient cerebral ischemia' bij patiënten van 65+ jaar in verschillende onderzoeken.

Onderzoek	Code	ICD/S	Incidentie	Prevalentie		
				Totaal	65-74	75+
Autonomieproject	K89	435	11.6	14.5	5.3	20.9
Transitieproject	K89	435	13.1	15.7	8.3	25.6
Monitoringproject	123	435	8.0	15.6		
Morbidity Statistics	CC 197	435	9.3	13.1	8.8	18.9
CMR			6.3			

Tabel 1b Incidentie en prevalentie van 'other cerebrovascular diseases' bij patiënten van 65+ jaar in verschillende onderzoeken.

Onderzoek	Code	ICD/S	Incidentie	Prevalentie		
				Totaal	65-74	75+
Autonomieproject	K90	ex 437.2	15.6	30.0	18.8	45.0
Transitieproject	K90	ex 437.2	15.8	26.9	16.6	40.6
Monitoringproject	124	ex 437.2	7.6	23.0		
Morbidity Statistics	CC196	ex 437.2	14.0	24.0	14.5	36.7
CMR			10.3			

Tabel 1c Incidentie en prevalentie van cerebrovasculaire stoornissen inclusief 'transient cerebral ischemia' bij patiënten van 65+ jaar in verschillende onderzoeken.

Onderzoek	Code	ICD/S	Incidentie	Prevalentie		
				Totaal	65-74	75+
NIVEL			12.9			
België			29.9			
Oliemans	E155	330-4	29.4	28.4		
CMR	E155	330-4	20.3	52.0	23.5	89.8

Hun leeftijdsverdeling is als volgt:

- 65-74 jaar: 57 procent;
- 75-84 jaar: 35 procent;
- >85 jaar: 8 procent.

De groep bestond voor 58 procent uit vrouwen (vrouw/man-verhouding 1,4/1).

Aan het begin van het onderzoeksjaar woonde 89 procent van de ouderen zelfstandig; 78 procent in het eigen huis en 11 procent in een bejaardenwoning; 5 procent van de ouderen woonde 'beschut': in een aanleunwoning, in een serviceflat of bij de kinderen; 7 procent woonde in een verzorgingshuis.

Transient cerebral ischemia

• *Voorkomen* Tijdens het registratiejaar werden 82 episoden van 'transient cerebral

ischemia' (TIA) geregistreerd, waarvan 64 nieuwe. De incidentie bedroeg 5,7 voor de leeftijdsgroep 65-74 jaar en 19,5 voor de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. De prevalentie was 14,5 (tabel 1a).

TIA werd meer bij mannen dan bij vrouwen geregistreerd (vrouw/man-verhouding 0,9/1), meer bij mensen boven de 75 jaar dan bij jongeren (tabel 1a) en meer bij mensen die beschut of in een verzorgingshuis woonden dan bij zelfstandig wonenden.

Bij 13 procent van de episoden waren de huisartsen onzeker over de diagnose. Er werd 7 maal een diagnose gemuteerd; dat betekent dat bij 11 procent van de nieuwe episoden eerst een andere diagnose is gesteld. Hierbij ging het om verhoogde bloed-

druk, permanente cerebrovasculaire stoornis, lichamelijke belemmeringen, epilepsie, angst voor aandoening van het bewegingsapparaat, angsttoestand en niet nader omschreven oogandoening.

• *Contactredenen* De redenen om de dokter te raadplegen bij nieuwe contacten varieerden. In de helft van de gevallen bestond de contactreden uit paralyse of parese, duizeligheid, of lichamelijke belemmeringen, terwijl in 20 procent van de gevallen flauwvallen, abnormale gevoelensaties of onvrijwillige bewegingen, spraakstoornissen en trekkingen werden aangevoerd.

Bij de vervolcontacten werd in de helft van de gevallen de diagnose TIA als contactreden genoemd, en in 16 procent van de gevallen duizeligheid (tabel 2a).

• *Wat doet de huisarts?* Ten behoeve van TIA vonden 221 contacten plaats: gemiddeld 2,7 contacten per episode. In 77 procent van de gevallen bestond het contact uit een huisbezoek.

De huisartsen verrichtten lichamenlijk onderzoek bij alle nieuwe contacten en bij driekwart van de vervolcontacten; zij gaven advies bij 44 procent van de nieuwe contacten en bij 57 procent van de vervolcontacten; zij schreven medicijnen voor bij 40 procent van de nieuwe contacten en bij 40 procent van de vervolcontacten.

Bij twee contacten vroeg de huisarts bloedonderzoek aan en één maal andere diagnostische procedures. Verder werd geen aanvullend laboratorium- of röntgenonderzoek verricht.

• *Verwijzingen* Acht mensen werden verwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn: vijf naar de fysiotherapeut, twee naar de wijkverpleegkundige en één naar de gezinszorg.

Eveneens acht mensen (van de nieuwe episoden 13 procent) werden verwezen naar de tweede lijn, twee van hen met spoed. Zes patiënten werden verwezen naar de neuroloog, één naar de oogarts, één naar de internist, en één patiënt naar het verzorgingshuis.

• *Co-morbiditeit* Bij patiënten met een TIA werden tijdens het jaar 454 andere aandoeningen geregistreerd: gemiddeld 5,6 per patiënt. Hierbij vallen op: hypertensie (een bekende risicofactor voor passagere en blijvende cerebrovasculaire aan-

Tabel 2a De top-10 contactredenen bij nieuwe contacten en vervolcontacten van episoden met als diagnose K89 - 'transient cerebral ischemia'. Percentages.

Contactredenen	Nieuw (n=71)	Vervolg (n=159)
N18 paralysis/weakness	23	6
N17 vertigo/dizziness	15	16
-28 disability/impairment	11	<1
K89 transient cerebral ischaemia	7	52
A06 fainting/syncope	7	-
N05 other sens.dist./abn. involv. mom.	4	<1
N07 convulsions/seizures	4	-
N19 disorder speech	4	<1
K31 partial medical examination	-	6
K64 encounter initiated by provider	-	3
other	24	15

Tabel 3a De top-10 andere episoden bij patiënten met episode K89 - 'transient cerebral ischemia' (n=80).

Andere episoden	Aantal	Percentage
K86 uncomplic. hypertension	17	21
R78 acute bronchitis	15	19
R74 upper respiratory infection	14	18
K77 heart failure	11	14
A85 adv. effect. med. agent proper dose	9	11
K76 chron. isch. heart disease	7	9
A97 no disease	7	9
K90 other cerebrovascular dis.	7	9
U71 acute cystitis	7	9
A28 disability/impairment	6	8

doeningen) en andere aandoeningen die op een slecht hart-vaatstelsel wijzen, zoals decompensatio cordis, chronisch ischemische hartziekten en andere cerebrovasculaire stoornissen (tabel 3a).

• **Funcatiebeperkingen** De functionele toestand werd bij 58 procent van de contacten zowel door de patiënt als door de huisarts gescoord, en bij 27 procent van de contacten uitsluitend door de huisarts; de functiescores ontbreken bij 15 procent van de contacten. De scores van patiënten en huisartsen vertonen in die gevallen waarin beiden een beoordeling gaven, hetzelfde patroon:

- lichamelijke toestand: 11 procent 'geen lichamelijke beperkingen' en 16 procent 'tot bijna niets in staat';
- psychische toestand: 24 procent 'geen enkele last' en 0 procent 'altijd last';
- dagelijkse bezigheden: 24 procent 'geen beperkingen' en 8 procent 'tot niets in staat';
- sociale contacten: 37 procent 'nooit beperkingen' en 8 procent 'altijd ernstige beperkingen'.

Tijdens de vervolcontacten werden minder ernstige beperkingen aangegeven, zoals ook te verwachten is bij een voorbijgaande aandoening.

Bij de 17 nieuwe contacten waarbij de functionele toestand alleen door de huisarts werd beoordeeld, werden meer beperkingen aangegeven dan bij de contacten die ook door de patiënten zelf werden beoordeeld; de enige uitzondering is de sociale toestand:

- lichamelijke toestand: 47 procent 'tot bijna niets in staat';
- psychische toestand: 18 procent 'meestal last';
- dagelijkse bezigheden: 24 procent 'tot niets in staat';
- sociale contacten: 6 procent 'altijd ernstige beperkingen'.

Other cerebrovascular disease

• **Voorkomen** Tijdens het registratiejaar werden bij 165 mensen 167 episodien met de diagnose 'andere cerebrovasculaire stoornis' geregistreerd. Dit betekent dat bij twee mensen tweemaal een dergelijke aandoening optrad.

Er werden 86 nieuwe episodien geregis-

treerd: de incidentie was 10,2 voor de leeftijdsgroep 65-74 jaar en 22,9 voor de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. De prevalentie was 30,0.

'Andere cerebrovasculaire stoornissen' kwamen even vaak voor bij vrouwen als bij mannen, terwijl de vrouw/man-verhouding in de hele groep 1,4/1 was. Deze stoornissen kwamen verder vaker voor bij mensen boven de 75 jaar (tabel 1b) en bij mensen die 'beschut' of in een bejaardenwoning of een verzorgingshuis woonden.

De huisartsen waren in 10 procent van de episodien onzeker over de juistheid van de diagnose. Er werd dertig maal een diagnose gemuteerd; dat wil zeggen dat in een derde van de nieuwe episodien eerst een andere diagnose werd gesteld: negen maal TIA,

vier maal niet nader omschreven neurologische aandoening, drie maal duizeligheid, en verder nog veertien verschillende andere diagnosen, waarvan vijf neurologische aandoeningen.

• **Contactredenen** De helft van de contactredenen bij nieuwe contacten werd gevormd door duizeligheid, paralyse, parese of functiebelemmeringen, en 20 procent bestond uit een beroerte, spraakstoornis, bewusteloosheid of hoofdpijn; voor de resterende 33 procent ging het om uiteenlopende andere contactredenen.

Bij de vervolcontacten werd in de helft van de gevallen de CVA als contactreden genoemd en bij 10 procent duizeligheid. Bij 6 procent van de vervolcontacten had de dokter het initiatief genomen (K64=en-

Tabel 2b De top-10 contactredenen bij nieuwe contacten en vervolcontacten van episodien met als diagnose K90 - 'other cerebrovascular disease'. Percentages.

Contactredenen	Nieuw (n=96)	Vervolg (n=508)
N17 vertigo/dizziness	22	10
N18 paralysis/weakness	16	3
-28 disability/impairment	10	8
K90 other cerebrovascular disease	6	48
N19 disorder speech	5	<1
A07 coma	4	1
K64 encounter initiated by provider	2	6
K31 partial medical examination	-	3
N01 headache	3	2
K89 transient cerebral ischemia	-	2
other	33	18

Tabel 3b De top-10 andere episodien bij patiënten met episode K90 - 'other cerebrovascular disease' (n=165).

Andere episodien	Aantal	Percentage
K86 uncomplic. hypertension	41	25
R78 acute bronchitis	30	18
T90 diabetes mellitus	24	15
A85 adv. effect. med. agent proper dose	20	12
K77 heart failure	20	12
K76 chron. isch. heart disease	17	10
R74 upper respiratory infection	17	10
U71 acute cystitis	15	9
L89 osteoarthritis allied conditions	15	9
K87 hypertension w. involv. target org.	12	7

counter initiated by provider) (tabel 2b).

- *Wat doet de dokter?* In het kader van de 167 episoden met de diagnose 'andere cerebrovasculaire stoornis' vonden 570 contacten plaats: gemiddeld 3,4 per patiënt. Van de nieuwe episoden bleef 30 procent beperkt tot één contact, terwijl van de overige episoden 40 procent slechts één vervolcontact telde. Twaalf episoden telden tien contacten of meer; 87 procent van de contacten bestond uit een huisbezoek.

De huisartsen berichtten bij alle nieuwe contacten lichamelijk onderzoek en bij 55 procent van de vervolcontacten; zij gaven advies bij 44 procent van de nieuwe contacten en bij 56 procent van de vervolcontacten; zij schreven medicijnen voor bij 21 procent van de nieuwe contacten en bij 33 procent van de vervolcontacten. Verder werd acht maal bloedonderzoek verricht. Ander aanvullend onderzoek werd niet verricht.

- *Verwijzingen* Er werden 23 patiënten verwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn: acht naar de fysiotherapeut, acht naar de wijkverpleegkundige, vier naar de logopedist en drie naar anderen. Deze verwijzingen vonden in 87 procent van de gevallen plaats tijdens vervolcontacten.

Veertig mensen (47 procent van de nieuwe episoden) werden verwezen naar de specialist, van wie 24 met spoed. Er werden 32 mensen naar de neuroloog verwezen, vijf naar de cardioloog en internist, één naar de neurochirurg. Tevens werden twee mensen naar een verzorgingshuis verwezen en acht naar een somatisch verpleeghuis.

- *Co-morbiditeit* Bij de 165 mensen met een cerebrovasculaire stoornis werden tijdens het registratiejaar 5,8 andere aandoeningen geregistreerd. De bekende risicofactoren hypertensie, diabetes mellitus en slecht vaatstelsel (dat zich manifesteert als decompensatio cordis, chronische ischemische hartziekte en hypertensie met complicaties van eindorganen) behoren tot de top-10 (tabel 3b). Verder werd bij 7 procent van de patiënten met een cerebrovasculaire stoornis een organische psychose of depressiviteit geregistreerd.

Tijdens het registratiejaar overleden 29 van de 165 patiënten.

- *Functionele toestand* Bij 34 procent van de nieuwe contacten en bij 51 procent van de vervolcontacten werd de functionele toestand geregistreerd door zowel de patiënt als de huisarts; dat gebeurde uitsluitend door de huisarts bij 31 procent van de nieuwe contacten en bij 28 procent van de vervolcontacten. De scores ontbreken dus bij 34 procent van de nieuwe contacten en bij 21 procent van de vervolcontacten.

Uit tabel 4 blijkt dat de functiebeperkingen van mensen die uitsluitend door de huisarts werden gescoord, veel ernstiger zijn dan de beperkingen van mensen die wel in staat zijn hun functionele toestand te beoordelen. Bij deze laatsten vertoont de beoordeling van de functionele toestand door de patiënten en door de huisartsen steeds hetzelfde patroon.

Bij de vervolcontacten worden meer ernstige beperkingen van de lichamelijke toestand en bij de dagelijkse bezigheden aangegeven, terwijl minder vaak last van psychische problemen wordt gemeld. Ook nu blijken de mensen wier de functionele toestand uitsluitend door de huisarts werd gescoord, meer beperkt dan degenen die wel in staat waren hun functionele toestand te beoordelen.

De functiebeperkingen bij lichamelijke inspanningen en dagelijkse activiteiten zijn het ernstigst, terwijl de hinder bij psychische problemen en beperkingen bij sociale contacten in de zelfde orde van grootte liggen. Opvallend is de toename in beperkingen bij sociale contacten tijdens vervolcontacten.

Beschouwing

De bij het Autonomieproject gevonden incidentie- en prevalentiecijfers komen globaal overeen met de morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk die elders zijn gevonden (tabel 1a-c). Alleen in de peilstationregistratie van het NIVEL worden lagere incidentiecijfers vermeld. Op grond van onze gegevens is te berekenen dat een huisarts met 250 tot 330 ouderen in de praktijk jaarlijks 3 à 4 oudere patiënten met een TIA ziet, en 4 à 5 ouderen met een nieuwe permanente cerebrovasculaire stoornis.

In onze gegevens zijn geen aanwijzingen

te vinden voor een dalende incidentie, zoals in de literatuur wordt gemeld.¹⁻⁴ De verklaring hiervoor is dat de leeftijdspecifieke incidentie wel daalt, maar niet de incidentie voor de groep ouderen als geheel, doordat het aandeel van de hoogbejaarden stijgt, terwijl het aantal cerebrovasculaire aandoeningen toeneemt met de leeftijd.

In een groot aantal TIA-episoden vinden vervolcontacten plaats, zodat duidelijk is dat huisartsen de follow-up van TIA serieus nemen. Bij 40 procent van de contacten worden bovendien medicijnen voorgeschreven. Hoewel uit ons prospectieve registratie-onderzoek niet is te concluderen welk medicament wordt voorgeschreven, kan uit de retrospectief verzamelde gegevens betreffende deze patiënten worden opgemaakt dat het vrijwel altijd om aspirine gaat.²¹ Dit gegeven sluit aan bij het bekende gegeven dat de helft van de patiënten met een TIA geen aspirine kan slikken in verband met contra-indicaties (dyspepsie, ulcera, overgevoeligheid voor salicylaat of reeds gebruikte antistolling).^{22, 23} Het behandelen van TIA's met aspirine behoort, naast het opsporen en behandelen van hypertensie en het adviseren ten aanzien van andere risicofactoren (roken, overmatig alcoholgebruik, hypercholesterolaemie), tot de preventieve strategieën om blijvende cerebrovasculaire stoornissen te voorkomen. Overigens berekenen *Wade and Sandlock* de 'kosten' van deze vorm van preventie op een jaar lang aspirine slikken door 41 patiënten om één CVA te voorkomen.²⁴

Naast een preventieve taak ten aanzien van cerebrovasculaire stoornissen heeft de huisarts een taak bij de diagnostiek, de behandeling en de thuiszorg van deze patiënten. Uit onze gegevens blijkt dat nog niet de helft van alle patiënten met een cerebrovasculaire stoornis naar de specialist wordt verwezen. De patiënten die de specialist ziet, vormen een selectie.

Uitbreiding van een beroerte zou kunnen worden voorkomen door snel en adequaat ingrijpen in het acute stadium (binnen 24 uur), met een specifieke medamenteuze behandeling en in een gespecialiseerd ziekenhuis. In *community hospitals* werd echter geen effect van medicamenteu-

ze therapie in het acute stadium gezien. Op dit moment dient een dergelijke behandeling dan ook niet buiten gecontroleerde

trials plaats te vinden.²⁵ Wade stelt zelfs dat 'the GP can reassure his patiënt that hospitals cannot offer any effective treatment to

reduce their risk of dying, or to improve their recovery.²⁶ Het verdient dan ook aanbeveling om patiënten met cerebrovascu-

Tabel 4 De functionele toestand beoordeeld tijdens nieuwe contacten en vervolcontacten wegens CVA door patiënt en huisarts en door uitsluitend de huisarts. Percentages van het aantal contacten.

	Nieuwe contacten			Vervolgcontacten		
	P n=29	+ H n=29	H n=27	P n=246	+ H n=246	H n=134
A. Lichamelijke toestand (Welke inspanning kon u minstens twee minuten volhouden gedurende de afgelopen vier weken?)*						
1. Zware inspanning	3	3	—	2	1	—
2. Matige inspanning	21	14	4	9	9	2
3. Lichte inspanning	17	35	4	19	18	13
4. Erg lichte inspanning	28	24	26	39	42	39
5. Bijna niets	31	24	67	31	29	46
B. Psychische toestand (Hoe vaak voelde u zich ongelukkig, in de put, zenuwachtig of prikkelbaar gedurende de afgelopen vier weken?)						
1. Nooit	14	7	26	9	9	17
2. Zelden	38	35	19	44	39	27
3. Af en toe	24	31	15	35	40	28
4. Meestal	14	17	26	9	9	18
5. Altijd	10	10	15	4	3	10
C. Dagelijkse activiteiten (Hoeveel last had u van lichamelijke en/of psychische problemen bij uw dagelijkse bezigheden gedurende de afgelopen vier weken?)						
1. Geen enkele last	17	17	4	7	7	2
2. Een beetje last	28	24	7	24	21	8
3. Nogal wat last	21	24	7	22	24	16
4. Veel last	7	10	26	31	32	37
5. Er niet toe in staat	28	24	56	16	16	36
D. Sociale toestand (Hoe vaak belemmerden psychische en/of lichamelijke problemen uw gewone contacten met familie, vrienden, buren, kennissen of clubs gedurende de afgelopen vier weken?)						
1. Nooit	31	21	7	13	9	3
2. Zelden	24	31	11	22	25	18
3. Af en toe	10	17	11	33	32	36
4. Meestal	21	14	22	27	30	36
5. Altijd	14	17	11	6	5	22

* 1. Hollen, rennen, tegen de wind in fietsen, snel de trap op lopen; 2. Flink doorstappen, auto wassen, volle boodschappentas dragen; 3. Lopen met normale snelheid, rustig fietsen, stofzuigen; 4. Langzaam wandelen, afwassen, een bad of douche nemen; 5. Ik kan een zeer lichte inspanning geen twee minuten volhouden.

laire stoornissen na adequate diagnostiek, thuis te behandelen en te verzorgen.

Vanzelfsprekend dienen huisartsen in dat geval te differentiëren tussen aandoeningen waarvoor direct specialistische behandeling noodzakelijk is, zoals het subduraal hematoom, en aandoeningen waarbij dat niet het geval is, zoals een cerebrovasculair accident. Complicaties als verslikpneumonieën, contracturen en decubitus kunnen ook thuis voorkomen.

Ongeveer een kwart van de patiënten met een cerebrovasculaire stoornis overlijdt gedurende de eerste 48 uur.²⁷ Het levert deze patiënten meer nadelen op dan voordelen om hiervoor te worden opgenomen.

Uit vergelijking van de functiebeperkingen bij verschillende ziektebeelden bleek dat patiënten met cerebrovasculaire stoornissen tot de ernstigst beperkte patiënten behoren, samen met patiënten die leden aan een organische psychose (dementie en delier) en patiënten met kanker (maag-darmkanker, longkanker en borstkanker).

Door uitbreiding van de 24 uur bereikbare gezinszorg en wijkverpleging is thuis adequate behandeling, verzorging en verpleging van deze ernstig beperkte mensen mogelijk. De professionele hulp kan de mantelzorg echter niet gedurende lange tijd vervangen. Wanneer het gaat om alleenstaande hoogbejaarden, zal opname in een ziekenhuis niet te vermijden zijn, vooral zolang verpleeghuizen geen 'acute' bedden hebben.

Nader onderzoek naar het precieze verloop van cerebrovasculaire stoornissen en de thuiszorg bij deze ernstig in hun functioneren belemmerde patiënten is noodzakelijk, naast het ontwikkelen van criteria voor opname en thuiszorg.

Literatuur

- Nota preventie hart- en vaatziekten. Leidendam: WVC, 1987.
- Whisnant JP. The decline of stroke. *Stroke* 1984; 15: 160-8.
- Kotila M. Declining incidence and mortality of stroke? *Stroke* 1984; 15: 255-9.
- Malmgren RA, Warlow C, Bamford J, Sandercock P. Geographical and secular trends in stroke incidence. *Lancet* 1987; ii: 1196-1200.

- Bremer GJ. Moet een patient met een beroerte worden opgenomen? *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1987; 18: 51-4.
- Van Ree JW, Van den Hoogen H. Cerebrovascular diseases in general practice [Abstract]. *Allgemeinmedizin* 1988; 17: VIII.
- Herman B, Leyten ACM, Van Luijk JH, e.a. Epidemiology of stroke in Tilburg, the Netherlands. *Stroke* 1982; 13: 629-34.
- Meyboom-de Jong B. Bejaarde patienten, een onderzoek in twaalf huisartspraktijken [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 105-13.
- Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care-2-defined. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 292-6.
- Nelson EC, Landgraf JM, Hays R, Kirk JW, Wasson JH, Keller A, Zubkoff M. Coop Function charts. Hanover: Dartmouth COOP Project, Department of Community and Family Medicine, 1987.
- Nelson EC, Wasson J, Kirk J, Keller A, Clark D, Dietrich A, Stewart A, Zubkoff M. Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 1987; 40(Suppl 1): 55S-64S.
- Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- Royal College of General Practitioners, Office of Population Censuses and Surveys, Department of Health and Social Security. Morbidity statistics from general practice 1981-1982, third national study. London: Her Majesty's Stationery Office, 1986.
- Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM, eds. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- Oliemans P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.
- Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Utrecht: NIVEL, 1987.
- Van Casteren V, Lobet M, Walckiers D. De morbiditeit in België in 1984. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid Instituut voor Hy-

giëne en Epidemiologie, 1986.

- Meyboom-de Jong B, Van der Ende J, Dijkema J. Prescription for the elderly patient by the general practitioner. *Allgemeinmedizin*, in press.
- Anonymous. The European stroke prevention study (ESPS). *Lancet* 1987; ii: 1351-4.
- Gaetano G. Primary Prevention of vascular disease by aspirin. *Lancet* 1988; i: 1093-4.
- Sandercock P, Warlow Ch. The prevention of stroke in the elderly. In: Muir Gray JA, ed. Prevention of disease in the elderly. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1985.
- Grotta JC. Current medical and surgical therapy for cerebrovascular disease. *N Engl J Med* 1987; 317: 1505-16.
- Wade DT. *Stroke*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- Van der Meer K, Smith RJA. TIA en CVA in de huisartspraktijk [Intern rapport]. Groningen: Universitair huisartseninstituut, 1989. ■

Abstract

Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Cerebrovascular disturbances in the elderly in general practice. *Huisarts Wet* 1989; 32(10):359-65.

In the context of an investigation of morbidity and functional status in the elderly in general practice, all face-to-face encounters with elderly patients (n=5502) were recorded over a period of a year by 25 general practitioners in 12 practices. Eighty-two episodes diagnosed as transient cerebral ischemia and 167 episodes diagnosed as other cerebrovascular disease were recorded.

There were an average of three to four encounters per episode, three-quarters of these being house visits. As well as cerebrovascular disturbances, an average of six other illnesses were recorded per patient over the year. The most frequently occurring were hypertension, diabetes mellitus and poor circulation, manifested by heart failure, chronic ischemic heart disease and hypertension with involvement of target organs. Twenty-nine patients died during the year.

The functional status of the patients was severely limited; of those who were unable to assess their own functional status, very severe limitations were diagnosed by the general practitioners. 12% of patients with a transient disturbance and 47% with a permanent disturbance were referred to a specialist.

Key words Cerebrovascular disorders; Family practice; Functional status.

Correspondence Dr. B. Meyboom-de Jong, Department of General Practice, University of Groningen, 4 Antonius Deusinglaan, 9713 AW Groningen, The Netherlands.