

Huisartsen in het verzorgingshuis of verzorgingshuis-artsen?

Aan het eind van de 20e eeuw bevindt de gezondheidszorg in Nederland zich in de vierde periode van de epidemiologische transitie, 'het tijdperk van de uitgestelde degeneratieve ziekten'.¹ Na het tijdperk van de pest en de hongersnood vóór 1850, het tijdperk van de verdwijnende epidemieën aan het begin van deze eeuw, en het tijdperk van degeneratieve ziekten en 'man-made disease' in de eerste helft van de 20e eeuw bleek onverwacht aan het eind van deze eeuw nog weer een snelle daling van sterfte bij mensen van hoge leeftijd op te treden. Het doodsoorzakenpatroon bleef onveranderd, maar liet een progressieve verschuiving naar zeer hoge leeftijden zien, waardoor de gemiddelde levensverwachting toenam tot boven de 75 jaar.

Deze compressie van mortaliteit ging gepaard met een compressie van morbiditeit, waarvan de daling van de leeftijdspecifieke incidentie van cerebrovasculaire ziekten een mooi voorbeeld is.² De compressie van mortaliteit en morbiditeit liepen echter in veel gevallen niet parallel, zodat de paradoxale situatie ontstond dat er in elk leeftijdcohort meer mensen zonder ziekten waren dan vroeger, terwijl het totaal aantal mensen met ziekten was toegenomen.¹

Ondanks het feit dat in de periode 1970-1981 slechts 11 procent van de stijging van de uitgaven in de gezondheidszorg kon worden toegeschreven aan de vergrijzing,³ wordt in dag- en weekbladen, in nota's van de overheid en in wetenschappelijke publikaties de indruk gewekt dat de vergrijzing in Nederland een zorgelijke ontwikkeling is. Ouderen kosten geld, ouderen hebben steeds meer hulp nodig, ouderen liggen te lang in het ziekenhuis...; het ontbreekt er nog maar aan dat gezegd of geschreven wordt dat ouderen laat doodgaan. Vooral de dubbele vergrijzing – de toename van het aantal hoogbejaarden – moet het ontgelden. De prognoses van het CBS maken het echter waarschijnlijk dat het aandeel van de hoogbejaarden zich de komende 30 jaar zal stabiliseren op circa 40 procent van de gehele groep bejaarden.⁴

Dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* bevat een tweetal artikelen over de problematiek bij ouderen in verzorgingshuizen.^{5 6}

Uit het artikel van *Van der Molen et al.* blijkt dat verzorgingshuisbewoners een forse workload voor de huisarts betekenen. Gemiddeld hebben huisartsen 8,4 contacten per jaar met ouderen die in een verzorgingshuis wonen, en meer dan 90 procent van deze contacten bestaat uit (te)huisbezoeken.

Het aantal ouderen dat in een verzorgingshuis woont, is in de periode 1965-1990 bijna verdubbeld tot 133.000, maar het percentage ouderen dat in een verzorgingshuis woont, is per saldo nauwelijks gestegen: van 7 procent in 1965 via 9,7 procent in 1975 naar 7,8 procent in 1990.^{7 8} Dat lage percentage neemt overigens niet weg dat 35 procent van alle bejaarden ooit zal worden opgenomen in een verzorgingshuis.⁹ Bovendien zijn in de afgelopen 25 jaar de gemiddelde leeftijd, de hulpbehoefte en de psychosociale proble-

Meyboom-de Jong B. Huisartsen in het verzorgingshuis of verzorgingshuis-artsen? [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(8): 364-5.

matiek van de bewoners van verzorgingshuizen sterk toeegenomen.^{7 10} Verzorgingshuizen versterken de afhankelijkheid van de opgenomen bejaarden. Een van de uitdagingen bij de toenemende vergrijzing is het verlenen van zorg en hulp die erop gericht zijn de zelfstandigheid en autonomie van ouderen te versterken in het kader van *successful ageing*.¹¹

Op dit moment kunnen bejaarden die naar een verzorgingshuis binnen dezelfde regio verhuizen, hun eigen huisarts houden. Dit heeft tot gevolg dat in verzorgingshuizen – vooral in verstedelijkte conglomeraties – veel huisartsen komen die er ieder een eigen werkwijze op na houden. Hierdoor onderkennen de verzorgenden problemen bij de behandeling, kan er minder efficiënt worden gewerkt en zijn er nodeloze communicatiestoornissen. Verzorgenden zijn van mening dat het aantal behandelende artsen per bejaardenoord beperkt zou moeten worden. Het plan om hiertoe een verzorgingshuisarts aan te stellen wordt af en toe geopperd, maar is tot nu toe steeds verworpen.¹²

Een goede manier om het aantal huisartsen per verzorgingshuis te beperken, is het initiatief van de Groningse huisartsen om de verantwoordelijkheid voor de huisartsgeneeskundige zorg voor de bewoners van een bejaardenoord op te dragen aan een of twee huisartsengroepen. Deze groep huisartsen kan beleidsafspraken maken met de verzorgenden over inhoudelijke zaken (beleid bij chronische ziekten, farmacotherapie) en over organisatorische punten (aanvragen visites, herhaalreceptuur, bezoek- en spreekuurtijden, benodigde tijd voor overleg). De standaarden van het NHG zouden als richtlijn voor een consistent beleid bij bepaalde aandoeningen gebruikt kunnen worden. De medisch adviseur kan daarbij een coördinerende rol spelen, terwijl consultatie van een verpleegarts in goed overleg mogelijk is.

Bij het beperken van het aantal huisartsen in het verzorgingshuis blijft de vrije artskeuze gewaarborgd, wat bij het aanstellen van een verzorgingshuis-arts niet het geval is. Toekomstige bewoners vinden het in meerderheid geen probleem om van huisarts te veranderen.⁶

Wanneer de huisartsen er niet in slagen het enige stukje intramurale huisartsgeneeskunde goed te organiseren en uit te voeren, zal de zorg voor hoogbejaarde patiënten in het tehuis op termijn uit hun pakket verdwijnen, net zoals dat in veel gevallen is gebeurd met de verloskunde en de EHBO. Hoewel bejaardenoorden zijn op te vatten als totale instituties waarin alle aspecten van het leven worden gereguleerd, zijn

het uiteindelijk woonvoorzieningen en geen instellingen van gezondheidszorg, waar de zorg geheel gemedicaliseerd is.

Dat dient zo te blijven.

B. Meyboom-de Jong

- ¹ Van den Bos GAM. Zorgen van en voor chronisch zieken. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- ² Malmgren RA, Warlow C, Bamford J, Sandercock P. Geographical and secular trends in stroke incidence. *Lancet* 1987; ii: 1196-200.
- ³ Goudriaan R, De Groot H, Hooijmans E, et al. Collectieve uitgaven en demografische ontwikkelingen 1970-2030. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1984.
- ⁴ CBS. Maandstatistiek van de bevolking. 's Gravenhage: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1990; 38: 41-55.
- ⁵ Van der Molen T, Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis. *Huisarts Wet* 1991; 39:
- ⁶ Gorter HGM, Meyboom-de Jong B. Huisartsgeneeskundige zorg in bejaardenoorden: verandering gewenst? *Huisarts Wet* 1991; 39:
- ⁷ Huijsman R. Twintig jaar statistiek bejaardenoorden. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988; 19: 39-48.
- ⁸ Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek* 1991. 's Gravenhage: SDU, 1991.
- ⁹ Van der Zanden GHMJ. Levensloop en instituutsopnamen: de versluiserende werking van het percentage. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1982; 4: 139-46.
- ¹⁰ Van Loveren-Huyben CMS, Van der Bom JA. Het verzorgingshuis een bron van toenemende zorg 4. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1989; 20: 107-14.
- ¹¹ Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and succesful. *Science* 1987; 237: 143-9.
- ¹² Nies HLGR. Interimrapportage (geneeskundige) zorgverlening in Gelderse verzorgingshuizen. Arnhem: Gelderse Raad voor de Volksgezondheid, 1990. ■