

Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis

T. VAN DER MOLEN
B. MEYBOOM-DE JONG
R.J.A. SMITH

Gedurende één jaar registreerden 25 huisartsen in 12 huisartspraktijken in Noord-Nederland alle face-to-face contacten met hun 5500 bejaarde patiënten, van wie er 310 in een verzorgingshuis woonden. Aan de verzorgingshuisbewoners werd gemiddeld één medicament meer voorgeschreven dan aan hun leeftijdgenoten buiten het verzorgingshuis. Tijdens het onderzoekjaar bleken verzorgingshuisbewoners gemiddeld 1,5 contact meer per jaar met de huisarts te hebben – hoofdzakelijk visites – en gemiddeld 1,5 episode meer te presenteren – gemiddeld 1 nieuwe en 0,5 bekende episode. Neurologische en psychische problematiek werden tweemaal zo vaak bij ouderen in het verzorgingshuis geregistreerd. Het verschil in geregistreerde chronische ziekten kon niet worden toegeschreven aan kanker, en nauwelijks aan chronische longziekten en chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat; wél verantwoordelijk voor het verschil waren vooral de chronische cardiovasculaire aandoeningen en de groep overige chronische ziekten. De verzorgingshuisbewoners noemden meer (ernstige) beperkingen bij het lichamenlijk functioneren, de dagelijkse activiteiten en de sociale contacten, en hadden meer hinder van psychische problematiek (waarbij dementie en depressie hoog scoorden) dan hun leeftijdgenoten buiten het verzorgingshuis.

Van der Molen T, Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis. *Huisarts Wet* 1991; 34(8): 377-82.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

T. van der Molen, huisarts; B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde; R.J.A. Smith, methodoloog.

Correspondentie: T. van der Molen.

Inleiding

In 1986 woonde bijna 8 procent van de 1,7 miljoen mensen van 65 jaar of ouder in een verzorgingshuis. Dit percentage is sinds 1965 nauwelijks gestegen, maar wél is het absolute aantal bejaarden in die periode gestegen met ruim 500.000.³ Bovendien zijn sinds de invoering van de Indicatiecommissie ex art. 6j van de Wet op de Bejaardenoorden in 1976 de gemiddelde leeftijd, de hulpbehoefte en de psychosociale problematiek van de bewoners van verzorgingshuizen toegenomen.

Intussen zal het aantal ouderen in onze samenleving zowel absoluut als relatief blijven toenemen. Volgens de middenvariantprognose van het CBS zal het percentage ouderen in de Nederlands bevolking tussen 1986 en 2030 stijgen van 12 tot 22 procent.¹ Vooral het aantal hoogbejaarde, alleenstaande vrouwen zal sterk toenemen.

In dit artikel wordt nagegaan wat deze situatie betekent voor de huisartsen die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van bewoners van verzorgingshuizen. Dat gebeurt aan de hand van de volgende vraagstelling: verschillen ouderen in verzorgingshuizen van hun leeftijdgenoten die niet in een verzorgingshuis wonen, wat betreft:

- persoonskenmerken;
- medische consumptie;
- gepresenteerde morbiditeit;
- functionele beperkingen?

Methode

De gegevens voor dit artikel zijn verzameld in het kader van het Autonomieproject, een door het Praeventiefonds gesubsidiëerd onderzoek naar de morbiditeit en functionele toestand van ouderen in de huisartspraktijk.⁴ Gedurende één jaar registreerden 25 huisartsen in 12 huisartspraktijken in Noord-Nederland alle face-to-face contacten met hun bejaarde patiënten.* De morbiditeit werd geregistreerd met de ICPC, terwijl voor de diagnoses de inclusiecriteria van de ICHPPC-2-defined werden gehanteerd.^{5 6} De gegevens zijn geanalyseerd volgens de episodegeoriënteerde methode van het Transitieproject.⁷

De functionele toestand werd vastgesteld met de COOP-functiekaarten, die de volgende tekst bevatten:

- wat is de zwaarste inspanning die u minstens 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?
- hoe beoordeelde u veranderingen in uw toestand gedurende de afgelopen vier weken?

De antwoorden werden gescoord op een vijfpuntsschaal. Bij de eerste vier functiekaarten betekende de score 1 'geen beperkingen/nooit hinder' en de score 5 'volledige beperkingen/altijd hinder'. Bij de vraag naar veranderingen in de toestand betekenden 1 en 2 'verbetering', 3 'geen verandering' en 4 en 5 'verslechtering'.^{5 8}

Tevens werd aan alle ouderen zowel aan het begin als aan het eind van het onderzoekjaar een vragenlijst gestuurd samengesteld uit de volgende onderdelen:

- de korte lijst 'lichamelijk functioneren' uit de Rand Health Insurance Study, bestaande uit 11 ja/nee-vragen over lichamelijke functies (somscores van 1 t/m 22);
- de korte lijst 'psychisch functioneren' uit de Rand Health Insurance Study, bestaande uit 13 vragen over psychische functies, zoals angst, depressie en vitaliteit (somscores van 1 t/m 55);
- globale vragen over lichamenlijk en psychisch functioneren tijdens de laatste maand en op dit moment (vijfpunts-

* Aan de registratie van het Autonomieproject werd deelgenomen door de volgende huisartsen: E.M. ter Braak, C. van Heel, J.F. Heres, J. Talsma, J.Th. Ubbink, L. Veehof en G.Th. van der Werf te Groningen; M. de Bruyn, M.A. Fennema, A. Hiddema-van de Wal, C.P.M. Hofman, H. Mäkel en T. van der Molen te Hoogezand-Sappemeer; A. van der Zijl en W.J. Roelfsema te Norg; F. Baarveld en S. IJtsma te Oldemark; F.G. de Boer, J.S. Meyboom en B. Meyboom-de Jong te Opeinde; W. van der Heide en K. van der Meer te Roden; E.H.J.M. Drenth en E. Sietsma te IJlst; J. de Haan te Wollega.

schaal), één vraag over zelfstandig functioneren, en vier functiekaarten betreffende de lichamelijke, psychische en sociale toestand, en de dagelijkse bezigheden;

- de 30 vragen tellende Gezondheidsvragenlijst met de categorieën 'geen geestelijke problemen' (scores 0-4), mogelijk geestelijke problemen (scores 5-9) en geestelijke problemen aanwezig (score >9);
- De tien vragen tellende ADL-lijst naar huishoudelijke en zelfverzorgende activiteiten in het dagelijks leven, met de categorieën 'ADL-onafhankelijk' (0-16), 'hulp nodig bij ADL' (scores 17-23) en 'ADL-afhankelijk' (score >23);
- de tien vragen tellende Eenzaamheidsvragenlijst met score-categorieën 'niet eenzaam' (scores 1-3), 'enigszins eenzaam' (scores 4-6) en 'eenzaam' (scores 7-11).⁵

Bij alle deze vragenlijsten gaat een hogere score gepaard met meer belemmeringen of meer ondervonden last.

Tijdens de drie maanden vóór het registratieonderzoek werd de huisartsen gevraagd op een registratieformulier de voorgeschreven medicamenten en de bekende medische problemen vast te leggen.

Voor dit artikel zijn de patiënten die aan het begin van het jaar *in* een verzorgingshuis woonden (verzorgingshuisgroep), vergeleken met patiënten die *buiten* een verzorgingshuis woonden ('buitengroep'). Om de invloed van de leeftijd zo veel mogelijk te elimineren, is deze laatste groep beperkt tot de patiënten van 80 jaar en ouder.

Resultaten

Persoonskenmerken

Aan het begin van het onderzoek woonden 310 van de totale groep van 5500 ouderen in een verzorgingshuis en 1162 hoogbejaarden buiten een verzorgingshuis (tabel 1). De gemiddelde leeftijd van beide groepen is vergelijkbaar. De leeftijden van de ouderen in het verzorgingshuis varieerde van 67 tot 93 jaar, die van de 'buitengroep' van 80 tot 100 jaar. Het percentage vrouwen in de verzorgingshuizen was aanzienlijk hoger dan daarbuiten.

Van de 'buitengroep' woonde 68 procent zelfstandig, 18 procent in een bejaardenwoning en 14 procent in een verzorgingsflat of aanleunwoning of bij de kinderen. Tijdens

het onderzoeksjaar verhuisde 4 procent van de 'buitengroep' naar een verzorgingshuis, terwijl van beide groepen 2 procent naar een verpleeghuis verhuisde.

Tabel 1 Kenmerken van bejaarden in het verzorgingshuis en buiten het verzorgingshuis.

	In n=310	Buiten n=1.162
<i>Patiëntkenmerken</i>		
Gemiddelde leeftijd in jaren	83,7	84,0
Vrouwen %	74	60
Huisvesting %		
- zelfstandig	-	68
- bejaardenwoning	-	18
- beschermt	-	14
- verzorgingshuis	100	-
Overleden %	13	8
Verhuisd naar verzorgingshuis %	-	4
Verhuisd naar verpleeghuis %	2	2
<i>Voorgeschiedenis (dossier)</i>		
Medicamenten gem.	3,0	2,1
Actuele problemen gem.	2,3	1,7
<i>Morbiditeitsregistratie</i>		
Contacten gem.	7,3	5,8
Visites gem.	6,9	4,5
Episoden gem.	5,4	3,9
Nieuwe episoden gem.	3,7	2,6

Tabel 2 Het aantal geregistreerde episoden per hoofdstuk van de ICPC bij bejaarden in het verzorgingshuis en buiten het verzorgingshuis. Aantallen per 1000 bejaarden.

Hoofdstuk	In	Buiten
A General	694	355
B Blood	55	78
D Digestive	452	275
F Eye	119	101
H Ear	168	134
K Circulatory	790	718
L Muskuloskeletal	613	526
N Neurological	184	93
P Psychological	542	250
R Respiratory	632	495
S Skin	384	307
T Endocrine/Metabolic	158	118
U Urology	194	123
X Female genital system	94	41
Y Male genital system	26	35
Z Social problems	313	271

Medische consumptie

In de drie maanden vóór het onderzoeksjaar werd bij de verzorgingshuisbewoners gemiddeld één medicament meer voorge-

schreven dan bij de hoogbejaarden van de 'buitengroep'; verder was bij de verzorgingshuisbewoners gemiddeld 0,5 probleem meer aan de huisarts bekend.

Tijdens het onderzoekjaar hadden de verzorgingshuisbewoners gemiddeld 1,5 contact meer met de huisarts. Hierbij ging het hoofdzakelijk om visites. De verzorgingshuisbewoners presenteerden verder gemiddeld 1,5 episode meer dan de bejaarden uit de 'buitengroep'. Hierbij bleek niet alleen het totaal aantal episoden hoger te liggen, maar ook het gemiddelde aantal nieuwe episoden. De grotere morbiditeit werd dus niet alleen bepaald door chronische ziekten.

Tabel 3 Aantal chronische episoden bij bejaarden in het verzorgingshuis en buiten het verzorgingshuis. Absolute aantallen en promillages.

	In		Buiten	
	n	0/00	n	0/00
Kanker	27	87	97	84
Chronische longziekten	30	97	106	91
Chronische hartaandoeningen	131	423	383	330
K74 ac.rheum.fever/chron.rheum.heart dis.	—	—	1	1
K76 chronic ischemic heart disease	24	77	74	64
K77 heart failure	44	142	120	103
K78 atrial fibrillation or flutter	7	23	37	32
K82 pulmonary heart disease	—	—	4	3
K83 heart valve dis, nos, non-rheum.	1	3	4	3
K87 hypertension with involv.targ.organs.	2	7	22	19
K90 other cerebrovascular disease	27	87	51	44
K92 other arter.obstr./perip.vasc.dis.	11	36	23	20
K95 varic.veins of leg w/wo ulcer or eczema	15	48	47	40
Chronische aandoeningen bewegingsapparaat	51	165	182	157
L84 osteoarthritis of spine	5	16	29	25
L85 acq.def.spine/scoliosis/kyphosis	2	7	4	3
L85 acq.def.spine/scoliosis/kyphosis	5	17	17	15
L88 rheumat.arthritis and all cond.	35	113	114	98
L89 osteoarthritis and all.cond.	4	13	18	15
L95 osteoporosis				
Overige chronische aandoeningen	100	323	264	227
B81 pern. and other deficiency anemias	4	13	28	24
D94 chron. enteritis/ulcer.colitis	2	7	—	—
F92 cataract	5	16	18	16
F93 glaucoma	2	7	8	7
F94 blindness, all types	6	19	11	10
H84 deafness/partial or complete	13	42	35	30
N86 multiple sclerosis	—	—	—	—
N87 parkinsonism/paralysis agitans	11	36	10	9
N88 epilepsy, all types	—	—	3	3
S91 psoriasis w/wo arthropaty	1	3	5	4
S97 chron. ulcer skin/bedsore	16	52	42	36
T81 goiter, thyroid nodule w/o thyr.	—	—	1	1
T82 obesity	6	19	9	8
T85 hyperthyroidism/thyrototoxicosis	—	—	1	1
T86 hypothyroidism/myxedema	—	—	1	1
T90 diabetes mellitus	33	107	87	75
T93 lipid metabolism disorder	—	—	—	—
Totaal	339	1094	1032	888

Gepresenteerde morbiditeit

Uit tabel 2 blijkt dat in bijna alle hoofdstukken van de ICPC meer episoden geregistreerd werden bij de verzorgingshuisbewoners dan bij de bejaarden uit de 'buitengroep'; uitzonderingen zijn alleen de hoofdstukken B en Y. Dit verschil wordt vrijwel geheel veroorzaakt door de diagnoses (ferriprive, pernicieuze en overige) bloedarmoede, prostaathypertrofie en neoplasmata van de tractus urogenitalis bij mannen. Neurologische en psychische problematiek werd tweemaal zo vaak bij ouderen in het verzorgingshuis geregistreerd dan daarbuiten. Het verschil in geregistreerde chronische ziekten komt niet of nauwelijks voor rekening van kanker, chronische longziekten of chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, maar bestaat vooral uit chronische cardiovasculaire aandoeningen en overige chronische ziekten (tabel 3).

Uit de tabellen 4a en 4b blijkt dat in het verzorgingshuis 16 van de 20 meest frequente episoden vaker voorkwamen dan daarbuiten; alleen hypertensie, anemie, zorg voor zieke partner en verlies van de partner kwamen vaker voor buiten het verzorgingshuis.

Functionele beperkingen

De verzorgingshuisbewoners bleken op alle vragenlijsten hogere somscores te hebben dan de bejaarden uit de 'buitengroep' (tabel 5).

Aan het eind van de onderzoeksperiode bleken vooral de lichamelijke beperkingen toegenomen. Dit beeld – meer (ernstige) beperkingen bij het lichamenlijk functioneren, bij de dagelijkse activiteiten en sociale contacten en meer hinder van psychische

Tabel 4a Top-20 nieuwe episoden per 1000 bij ouderen in het verzorgingshuis en buiten het verzorgingshuis. Promillages.

	In	Buiten
R74	U.R.I. (head cold)	139 75
R78	bronchitis acute	132 100
A04	general weakness/tiredness	107 34
K77	heart failure	81 50
A85	adv. effect med. agent prop.dose	68 46
H81	ear wax (excessive)	65 17
K07	swollen ankles/edema	65 17
U71	cystitis/other urn infect.nec	61 61
Z03	probl. housing/neighbourhood	58 41
D12	constipation	48 30
L89	osteoarthritis allied conditions	48 44
A97	no disease	45 34
N17	vertigo/dizziness (excl. H82)	42 25
K76	chron. ischemic heart disease	39 25
S97	chron. ulcer skin/bedsore	39 29
P03	feeling depressed	36 19
K90	other cerebrovascular disease	23 15
P70	organic psychosis	23 15
P76	depressive disorder	23 16
Z15	loss or dead of partner	23 25

Tabel 4b Top-20 bekende episoden per 1000 bij bejaarden in het verzorgingshuis en buiten het verzorgingshuis. Promillages.

	In	Buiten
T90	diabetes melitus	94 64
K86	uncomplicated hypertension	68 153
P70	organic psychosis	68 34
L89	osteoarthritis allied conditions	65 54
K77	heart failure	61 53
A04	general weakness/tiredness	55 13
K90	other cerebrovascular disease	55 20
P76	depressive disorder	52 17
K76	chron.ischemic heart disease	39 39
P03	feeling depressed	39 3
R91	chronic bronch./bronchiectasis	36 23
P24	phase of life problem/adult	32 10
H84	deafness/partial or complete	26 13
N86	parkinsonism	26 6
D90	hiatus (diaph.) hernia	23 7
K95	varicose veins of legs	23 19
P75	hyperical/hypochondriacal dis.	23 5
X87	uterovaginal prolapse	23 22
Z14	probl. caring for ill partner	0 21
F94	blindness all type	19 13

Tabel 5 Somscores op de vragenlijsten. Gem.

	In n=310	Buiten n=1162
Lichamelijk functioneren		
- begin	18,9	15,9
- eind	19,2	16,2
ADL		
- begin	25,3	18,4
- eind	25,2	18,7
Psychisch functioneren		
- begin	35,2	28,2
- eind	35,2	28,4
Gezondheidsvragenlijst		
- begin	6,3	5,1
- eind	8,1	5,6
Eenzaamheid		
- begin	4,6	3,2
- eind	3,1	2,4

Tabel 6 Scores op functiekaarten.

	Begin		Eind	
	In	Buiten	In	Buiten
Lichamelijke toestand				
Is in staat tot				
1 zware inspanning	7	17	3	6
2 matige inspanning	4	13	4	12
3 lichte inspanning	11	25	6	29
4 zeer lichte inspanning	49	37	60	42
5 bijna niets	29	9	28	12
Psychische toestand				
1 nooit last	24	37	21	30
2 zelden last	16	25	27	26
3 af en toe last	32	30	31	35
4 meestal last	23	7	17	7
5 altijd last	5	7	5	1
Dagelijkse activiteiten				
1 geen enkele last	16	33	15	24
2 zelden last	35	40	34	43
3 nogal wat last	24	16	25	20
4 veel last	18	8	15	9
5 er niet toe in staat	7	3	11	3
Sociale contacten				
1 nooit belemmerd	31	51	30	42
2 zelden belemmerd	19	20	25	26
3 af en toe belemmerd	28	20	24	22
4 meestal belemmerd	16	7	12	8
5 altijd belemmerd	6	2	9	2

Tabel 7 Antwoorden op globale functievragen van bejaarden in het verzorgingshuis en buiten het verzorgingshuis.

	Begin		Eind	
	In	Buiten	In	Buiten
<i>Zelfstandig functioneren op dit moment</i>				
1 niet belemmerd	18	43	10	38
2 beetje belemmerd	24	30	32	24
3 matig belemmerd	23	15	14	8
4 flink belemmerd	20	8	14	8
5 ernstig belemmerd	15	5	20	6
<i>Lichamelijk functioneren laatste maand</i>				
1 niet beperkt	16	37	11	32
2 gering beperkt	24	31	19	25
3 matig beperkt	31	22	40	29
4 ernstig beperkt	21	8	20	10
5 zeer ernstig beperkt	9	3	10	4
<i>Lichamelijk functioneren nu</i>				
1 niet beperkt	19	37	13	33
2 gering beperkt	24	30	21	25
3 matig beperkt	32	26	16	9
4 ernstig beperkt	20	6	16	9
5 zeer ernstig beperkt	5	2	7	2
<i>Psychisch functioneren laatste maand</i>				
1 nooit belemmerd	25	45	21	36
2 een keertje belemmerd	42	42	49	48
3 vaak belemmerd	21	9	16	10
4 meestal belemmerd	9	3	6	5
5 elke dag belemmerd	3	1	9	1
<i>Psychisch functioneren nu</i>				
1 nooit belemmerd	33	49	30	43
2 een keertje belemmerd	40	39	43	44
3 vaak belemmerd	17	8	16	8
4 meestal belemmerd	8	3	5	4
5 elke dag belemmerd	2	1	8	2

Tabel 8 Functieprofiel, zoals aangegeven tijdens huisarts-patiënt contacten. Percentages op basis van het aantal contacten.

Beperkingen functionele toestand	In n=860	Buiten n=3889
Lichamelijke	1	2
	2	14
	3	31
	4	39
	5	14
Psychisch	1	24
	2	36
	3	30
	4	8
	5	2
ADL	1	16
	2	32
	3	29
	4	18
	5	6
Sociaal	1	29
	2	29
	3	27
	4	12
	5	3
Verandering	1	1
	2	12
	3	62
	4	22
	5	3

Functionele toestand 1 geen beperking; 2 geringe beperking; 3 matige beperking; 4 ernstige beperking; 5 zeer ernstige beperking.

Verandering 1 sterke verbetering; 2 lichte verbetering; 3 geen verandering; 4 lichte achteruitgang; 5 sterke achteruitgang.

problematiek – komt ook naar voren uit de scores op de functiekaarten en -vragen (tabellen 6 en 7). Van de bewoners van een verzorgingshuis zei 18 procent niet belemmerd te zijn in het zelfstandig functioneren (tabel 7).

Tijdens het registratiejaar werden de functiebelemmeringen vastgesteld bij 38 procent van de contacten met verzorgingshuisbewoners en bij 58 procent van de

contacten met patiënten uit de 'buitengroep'. Ook hierbij noemden de verzorgingshuisbewoners bij alle aspecten meer beperkingen. Dit was het meest uitgesproken het geval bij de lichamelijke toestand (tabel 8). De verzorgingshuisbewoners gaven iets vaker een verslechtering aan en minder vaak een verbetering.

Bij relatief veel contacten met verzorgingshuisbewoners bleek de functionele

toestand niet beoordeeld te zijn door de patiënt zelf. Hierbij ging het om ernstig beperkte patiënten, zo bleek uit eerdere analyses.⁹

Beschouwing

De verzorgingshuisbewoners bestonden uit hoogbejaarde mensen, vooral vrouwen, die de huisarts frequent raadpleegden in ver-

band met zowel nieuwe als bekende episoden. Behalve hypertensie, bloedarmoede, zorgen om een zieke partner, het verlies van de partner, kanker van de mannelijke tractus genitalis en prostaathypertrofie werden alle episoden vaker geregistreerd bij bewoners van het verzorgingshuis dan bij patiënten uit de 'buitengroep'. Aangezien in het verzorgingshuis minder mensen met partner wonen, spreekt het eigenlijk vanzelf dat zorgen om een zieke partner en het verlies van de partner vaker voorkomen bij mensen buiten het verzorgingshuis. Iets vergelijkbaars geldt voor het vaker voorkomen van genitaal kanker en prostaathypertrofie bij hoogbejaarden buiten het verzorgingshuis: in de groep buiten het verzorgingshuis komen relatief meer mannen voor. Met betrekking tot hypertensie en bloedarmoede ligt een dergelijke verklaring niet voor de hand.

Verzorgingshuisbewoners bleken zieke, hulpbehoevende mensen te zijn. Behalve met lichamelijke kwalen hadden zij ook met aanzienlijke psychische en sociale problematiek te kampen. Hierbij scoorden dementie en depressie hoog. De beperkingen van de functionele toestand waren evident. Verzorgingshuisbewoners gaven vaker aan dat hun toestand verslechterd was. Er overleden ook meer mensen van de verzorgingshuisbewoners.

Opvallend is dat een derde van de ouderen in het verzorgingshuis zei niet of slechts weinig beperkt te zijn bij hun zelfstandig functioneren, terwijl onvoldoende zelfredzaamheid juist een reden is tot opname in het verzorgingshuis. Dit is een voorbeeld van aanpassing van het gezondheidsaspira-

tieniveau, waarbij iemand zijn normen bijstelt of aanpast aan de vermindering van zijn capaciteiten.¹⁰

Uit dit onderzoek blijkt dat het bij bewoners van een verzorgingshuis niet gaat om 'gewone' bejaarden die alleen anders gehuisvest zijn dan andere ouderen. Vergelijken met hun leeftijdgenoten hebben zij meer kwalen, meer beperkingen en een hogere medische consumptie. Uit het feit dat de huisarts gemiddeld 1,5 contact meer met verzorgingshuisbewoners heeft en vooral veel visites aflegt, is te concluderen dat de huisarts bereid is te investeren in de zorg voor verzorgingshuisbewoners.

Literatuur

- ¹ Huijsman R. Twintig jaar statistiek bejaardenoorden. Tijdschr Gerontol Geriatr 1988; 19: 39-48.
- ² CBS. Bevolkingsprognose voor Nederland 1990-2050. Statistisch Bulletin 1990; 48: 7.
- ³ Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.
- ⁴ Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ⁵ Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care-2-defined. Oxford: Oxford University press, 1983.
- ⁶ Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13.
- ⁷ Van Weel C, Meyboom-de Jong B, Van Weert H. Het functioneren van de patiënt; klinimetric in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 1039-43.
- ⁸ Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Cerebro-

vasculaire stoornissen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1989; 32: 359-65.

- ⁹ Tornstam L. Health and self-perception. Gerontologist 1975; 15: 264-70. ■

Abstract

Van der Molen T, Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Seniors inside and outside the rest-home. Huisarts Wet 1991; 34(8): 377-82.

Twenty-five general practitioners in 12 general practices recorded for one year all face-to-face contacts with their 5500 geriatric patients. Of this number, 310 resided in a rest-home. These residents received an average of one prescription more than their contemporaries living outside the rest-home. During the year of the study, rest-home residents had an average of 1.5 more contacts with the general practitioners – mainly visits by the physician – and presented an average of an additional 1.5 episodes – on the average one new and 0.5 known episode. Residents of the rest-home had twice as many neurological and psychiatric problems. The difference between chronic illnesses recorded could not be ascribed to cancer nor to any great extent to chronic lung disorders or complaints of chronic movement impairment; chronic cardiovascular disorders and other chronic diseases accounted for the difference. The residents of the rest-home mentioned more (serious) limitations to physical functioning, daily activities and social contacts, and were more bothered by psychic problems (dementia and depression scoring high) than their contemporaries outside the rest-home.

Key words Aged; Rest-home.

Correspondence T. van der Molen, Department of General Practice, 4 Antonius Deusinglaan, 9713 AW Groningen, The Netherlands.