

Preventief onderzoek bij bejaarden

Een literatuuronderzoek naar de invloed van health visiting op de functionele toestand en het welbevinden van (chronisch zieke) bejaarden

J. BUIS
B. MEYBOOM-DE JONG

Buis J, Meyboom-de Jong B. Preventief onderzoek bij bejaarden. Een literatuuronderzoek naar de invloed van health visiting op de functionele toestand en het welbevinden van (chronisch zieke) bejaarden. Huisarts Wet 1993; 36(6): 206-11, 229.

Samenvatting In deze literatuurstudie is gezocht naar het effect van 'health visiting' op functioneren en welbevinden van bejaarden. Er werden vier poliklinisch uitgevoerde onderzoeken gevonden; hier bleek preventief onderzoek niet het beoogde effect te hebben. In een tweede groep van zeven interventie-onderzoeken bij bejaarden thuis werden positieve effecten als afname in mortaliteit, vermindering van ziekenhuis- en verpleeghuisopnamen en verbetering van de functionele toestand en het welbevinden gevonden. Onderzoeken met huisartsen als health visitor werden niet opgespoord.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Groningen, Antonius
Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.
J. Buis, huisarts-onderzoeker;
Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar
huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: J. Buis.

Inleiding

Nederland vergrijsst. Met deze twee woorden wordt een probleem benoemd, dat ingrijpende gevolgen voor onze samenleving zal hebben. De verwachting dat over 25 jaar een kwart van de bevolking ouder zal zijn dan 65 jaar, zet de maatschappij al lang aan het denken over de structuur van de zorg voor die ouderen.¹

Met het ouder worden neemt de kans op ziekte toe, in het bijzonder de kans op chronische ziekten.²⁻⁵ In de begeleiding van chronisch zieke ouderen speelt de eerste lijn een belangrijke rol; daarbij gaat het zowel om puur medische aandacht voor lichamelijke en psychische ziekten als om aandacht voor de 'kwaliteit van leven'.⁶ De contacten die de huisarts heeft met (oudere) patiënten lijken een mogelijkheid te bieden om alert te zijn op deze aspecten van de gezondheid.⁷

Een deel van de vervolgcontacten vindt plaats op initiatief van de patiënt, een deel op initiatief van de huisarts. Bij ongevraagde, door de huisarts geïnitieerde contacten wordt in de Angelsaksische literatuur gesproken van 'friendly visiting'.^{8,9} Onder 'health visiting' verstaat men een gestructureerd, preventief huisbezoek door een professional uit de gezondheidszorg (wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, huisarts), met als doel een verbetering van de kwaliteit van leven.¹⁰ In de literatuur worden beide begrippen overigens niet altijd consequent onderscheiden.

In de jaren zestig begonnen de huisartsen in Nederland belangstelling te krijgen voor (interventie-)onderzoek bij bejaarden. *Fuldauer* begon als eerste met preventief onderzoek bij de bejaarden in zijn praktijk. Dit resulteerde in een dissertatie en een vervolgstudie, negen jaar later.^{11,12} *Fuldauer* kwam tot de conclusie dat periodiek geneeskundig onderzoek bij bejaarden door de huisarts niet op adequate wijze kon worden verricht.

Onder huisartsen zijn de standpunten ten aanzien van friendly visiting verdeeld.¹³ *Van der Werf* toonde zich een tegenstander; ouderen zijn zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid en de

huisarts zou die rol niet moeten overnemen. Bovendien kan ongevraagde inmeniging medicalisatie in de hand werken of afhankelijkheid verhogen.⁸ *Brouwer* propageerde het eenmalig geriatrisch consult, waarna de verantwoordelijkheid voor het verdere beleid bij de bejaarde zou moeten liggen.¹⁴ *Kingma* toonde zich voorstander van friendly visiting, en wees met name op het belang van secundaire preventie bij moeilijke sociale omstandigheden, en het tijdig onderkennen van beginnende dementie.¹⁵

Het effect van health visiting is ook onderzocht in (gerandomiseerd) klinisch interventie-onderzoek.¹⁶⁻¹⁹ De interventie bestaat daarbij uit een gerichte poging om het ontstaan van aandoeningen te voorkomen of het spontane beloop van bestaande aandoening in positieve zin te beïnvloeden.²⁰ In dit artikel wordt nagegaan welke bevindingen dit onderzoek naar friendly/health visiting bij ouderen heeft opgeleverd.

Methode

De geraadpleegde literatuur is als volgt opgespoord.

- Via de Family Literature Index (FAM-LI), 1985 – maart 1993. Gebruik werd gemaakt van de volgende trefwoorden: *aged, clinical protocols, clinical trials, health status, home care service* en *home nursing*.
- Via de cumulatieve index van *Huisarts en Wetenschap*, 1972-1991. Gezocht werd via de volgende trefwoorden: *bejaarden, friendly visiting, herhalingscontact, interventie-onderzoek* en *protocol(laire hulpverlening)*.
- Via de indexen van de volgende tijdschriften: *Age and Ageing, British Journal of General Practice, British Medical Journal, Family Practice, The Journal of Family Practice, The Lancet, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, New England Journal of Medicine, Scandinavian Journal of Primary Health Care* en het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1985 – maart 1993. Hierbij werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de bovengenoemde trefwoorden.

- On-line via Dimdi te Keulen (Medline), 1983 – maart 1993. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de bij FAMILI gebruikte trefwoorden, benevens de trefwoorden *family practice* en *family physicians*. Verder werd gezocht naar de volgende woorden in titel of abstract: *assessment, functional status, health visiting, visitor(s), intervention, screening* en *surveillance*.
- Via de aldus verzamelde artikelen werden weer andere publikaties opgespoord.

- Via de On-line Publieks Catalogus van de Groningse Universiteitsbibliotheek konden handboeken en dissertaties worden opgespoord.²¹⁻²³

Resultaten

In totaal werden 88 artikelen gevonden, waarvan er 49 bruikbaar waren voor deze literatuurstudie. Voorts werden tien dissertaties gevonden:

- vier betreffende geriatrische onderwerpen in de dagelijkse praktijk;²⁴⁻²⁷
 - drie betreffende welbevinden en meetinstrumenten;²⁸⁻³⁰
 - twee over zorgen van en voor chronisch zieken en sociale steun;^{31 32}
 - één experiment met preventief huisbezoek door wijkverpleegkundigen.¹⁰
- Wij vonden in totaal elf (gerandomiseerde) onderzoeken naar het effect van gestructureerde interventie op het functione-

Tabel 1 De vier onderzoeken waarbij de interventie plaatsvond in de polikliniek

	Tulloch 1979 Oxford	Williams 1987 Rochester	Rubenstein 1989 Los Angeles	Epstein 1990 Boston
Opzet				
Onderzoeksduur in jaren	2	1	1	1
Leeftijdgroep	>70	>65	volwassenen; 36% >70	70-74; >75
Omvang interventiegroep	145	58	253	185 en 210
Omvang controlegroep	150	59	257	205
Onderzoeksteam	geriaters, praktijkassistentes en health visitors	internisten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, diëtiste	internisten	geriaters, geriatrische verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en internisten
Onderzoekfrequentie	eenmalig; n.a.v. het onderzoek of de enquête, en ook indien nodig bevonden door het team	eenmalig, follow-up na 4, 8 en 12 maanden	beide groepen functionele-toestandlijst om de 4 maanden	eenmalig, met telefonisch vervolg
Interventiemiddelen	vragenlijst met sociaal-economische en functionele problemen	beginmeting met ACCESS-programma	beginmeting: 13-itemslijst	OARS, Katz gezondheid, afhankelijkheid, controle ook vragenlijst
Interventiemethoden	medisch onderzoek, Hb en foliumzuur, dagboek	medisch onderzoek, Ro, ECG, lab., behandelplan, dagboek	Beth Israel/UCLA functional status assessment questionnaire	medisch onderzoek afhankelijk van vragenlijst
Uitkomst				
Medische problemen	42% meer in interventiegroep, waarvan 67% goed behandelbaar	38% meer in interventiegroep, waarvan 67% goed behandelbaar	43% wijziging in therapie	35% meer problemen in interventiegroep
Ziekenhuisopnamen	36% minder ligdagen in interventiegroep	39% minder ligdagen in interventiegroep	–	–
Verpleeghuisopnamen	–	24% meer ligdagen in interventiegroep	–	–
Functionele toestand, welbevinden	geen verschil	25% minder kosten in de interventiegroep	geen verschil	geen verschil

ren en welbevinden van ouderen.^{10 33-42} Onderzoek naar het effect van ongevraagd (huis)bezoek door huisartsen werd niet gevonden.

Bij vier onderzoeken bestond de onderzochte populatie uit patiënten die waren

ingeschreven in poliklinieken van diverse ziekenhuizen (*tabel 1*). Een team van deskundigen – in de verschillende onderzoeken variërend van praktijkassistentes tot geriaters – deed bij de interventiegroep regelmatig medisch onderzoek en maakte gebruik van al dan niet gestandaardiseerde

vragenlijsten. Bij problemen werd vervolgens verdere actie ondernomen. De controlegroep ontving de voor de polikliniek gebruikelijke zorg. De duur van het onderzoek was één jaar, bij *Tulloch & Moore* twee jaar. De wijze waarop de onderzoeken controlegroep werden geregistreerd en

Tabel 2 De zeven onderzoeken waarbij de interventie plaatsvond tijdens huisbezoek

	Hendriksen 1984 Kopenhagen	Vetter 1984 Wales	McEwan 1990 Newcastle upon Tyne
Opzet			
Onderzoeksduur in jaren	3	2	1,8
Leeftijdgroep	>75	>70	>75
Omvang interventiegroep	285	577	151
Omvang controlegroep	287	571	145
Onderzoeksteam	wijkverpleegkundige	wijkverpleegkundigen	wijkverpleegkundigen
Bezoekfrequentie	4 keer per jaar	1 keer per jaar	start, na 7 maanden, na 20 maanden
Interventiemiddelen	gestructureerd interview (sociaal, gezondheid)	beginmeting, selectie op thuiswonenden, Townsend index, ADL, Foulds-Bedford (angsten, depressie, sociale contacten)	vragenlijst ADL, sociaal, mentaal, medische problemen
Interventiemethode	geen medisch onderzoek, verwijzing bij problemen, eventueel telefonisch contact	geen medisch onderzoek, verwijzing bij problemen	bloeddruk, urine-onderzoek, Hb en medicatie, verwijzing bij problemen
Uitkomst			
Opnamen in ziekenhuis	19% minder in interventiegroep en 24% minder ligdagen	–	–
Opnamen in verpleeghuis	45% minder in interventiegroep en 10% minder ligdagen	–	–
Mortaliteit	25% minder in interventiegroep	in stadspraktijk 41% minder in interventiegroep	geen verschil
Wijkverpleging en gezinshulp	41% lager gebruik in controlegroep	in stadspraktijk lager gebruik controlegroep	–
Welbevinden	geen verschil	in stadspraktijk verbetering bij interventiegroep	hogere score voor eenzaamheid en zelfstandigheid bij interventiegroep
Diversen	hogere kosten controlegroep	voordeel interventiegroep t.a.v. lichamelijke beperkingen	–

vervolgd, varieerde sterk, evenals de inhoud van het uitgevoerde onderzoek.

Bij *Tulloch & Moore* en bij *Williams et al.* waren er bij de interventiegroep minder ligdagen in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Er werden geen verschillen aangetoond in functionele toestand en welbevinden

tussen de interventie- en de controlegroep. In alle gevallen leidde de interventie alleen tot nieuw ontdekte problemen en ziektegevallen, waarvan het grootste deel goed behandelbaar bleek.

In de tweede groep bestond de interventie

uit huisbezoek (*tabel 2*). De onderzoekspopulaties werden verkregen via steekproeven uit de bevolking. De interventie werd uitgevoerd met behulp van een gestructureerde vragenlijst door wijkverpleegkundigen die regelmatig huisbezoeken bij bejaarden aflegden; bij problemen

Tabel 2 De zeven onderzoeken waarbij de interventie plaatsvond tijdens huisbezoek (vervolg)

Carpenter 1990 Andover	Pathy 1992 Cardiff	Hall 1992 Vancouver	Van Rossum 1993 Weert
3	3	3	3
>75	>65	>65	75-84
181	369	81	292
186	356	86	288
vrijwilligers	health visitors	wijkverpleegkundigen	wijkverpleegkundigen
2 keer per jaar, zo nodig 4 keer per jaar	op geleide van de klachten of op aanvraag	op geleide van de klachten, in ieder geval wekelijks contact	4 keer per jaar, zo nodig vaker
beginmeting Winchester disability rating scale, 18 items	beginmeting, selectie op problemen, schriftelijke enquête (huisvesting, sociaal functioneren, dienstengebruik)	probleemlijst (huisvesting, sociaal, psychisch, functioneren, gewoonten, voeding, financiën)	beginmeting (schriftelijk), vragenlijst (algemeen, ADL, gezondheid, hulp)
geen medisch onderzoek, verwijzen bij problemen	geen medisch onderzoek, verwijzing op geleide van klachten	geen medisch onderzoek, verwijzen bij problemen	geen medisch onderzoek, verwijzen bij problemen
Uitkomst			
33% hoger in interventiegroep, maar 25% minder ligdagen	8% lager in interventiegroep, 25% minder ligdagen	langer thuiswonend in interventiegroep (75% tegen 59%)	geen significant verschil, wel iets minder ligdagen (verschil: 3,5 dag)
67% hoger in controlegroep	3 keer zoveel in controlegroep	–	geen significant verschil
geen verschil	22% minder in interventiegroep	22% minder in interventiegroep	geen significant verschil, wel 19% hoger bij de controle (sub)groep met de slechtste gezondheid
17% lager gebruik in controlegroep	26% lager gebruik in controlegroep	–	iets hoger gebruik in interventiegroep
geen verschil	verbetering welbevinden bij interventiegroep	geen verschil	geen verschil
2 keer zoveel valpartijen in controlegroep	meer huisartsconsulten, minder visites in interventiegroep	medische consumptie moet nog gemeten worden	minder verwijzingen naar specialist in interventiegroep, geen kostenbesparing

werd verwezen naar professionele hulp in de gezondheidszorg. Er vond – behalve in het experiment van *Mc Ewan et al.* – geen medisch onderzoek plaats. De onderzoeksduur bedroeg in vijf gevallen drie jaar, bij *Vetter et al.* en *Mc Ewan et al.* twee jaar.

De uitkomsten verschilden van die uit de eerste groep onderzoeken. *Hendriksen et al.* vonden als eersten significante verschillen in mortaliteit en het aantal opnamen in intramurale voorzieningen ten voordele van de interventiegroep; deze trend werd ook in de andere onderzoeken gevonden, en wel in zo'n mate dat de onderzoeksvraag naar functionele toestand en welbevinden werd aangevuld met de vraag naar mortaliteit en morbiditeit, opnamen in ziekenhuizen en verpleeghuizen, ligdagen en kostenaspecten.

Bij *Vetter et al.*, *McEwan et al.* en *Van Rossum* werden geen verschillen gevonden in het gebruik van intramurale voorzieningen, bij de andere onderzoeken was er een duidelijke reductie van opnamen en aantal ligdagen in de ziekenhuizen. Hetzelfde gold voor de verpleeghuizen. *Hendriksen et al.*, *Pathy et al.* en *Hall et al.* vonden significante verschillen in mortaliteit in het voordeel van de interventiegroep, *Vetter et al.* alleen in de stadsp praktijk en *Van Rossum* in de subgroep die de eigen gezondheidstoestand als het slechtst had beoordeeld.

Het gebruik van wijkverpleging en mantelzorg was lager in de controlegroepen. Ten aanzien van functionele toestand en welbevinden – gemeten met vragenlijsten – bleek in vier onderzoeken geen verschil te bestaan tussen de interventie- en de controlegroep, in de drie overige was er wél een verschil, in het voordeel van de interventiegroep.

Hendriksen et al. berekenden dat door de interventie een flinke kostenbesparing werd bereikt.

In het onderzoek van *Carpenter et al.* bleek dat het aantal valpartijen in de controlegroep twee keer zo groot was als in de interventiegroep. Deze uitkomst inspireerde *Vetter et al.* tot een tweede, drie jaar durend onderzoek, waarbij valpartijen als enige uitkomstparameter werden ge-

bruikt. Hierbij werd geen verschil aangetoond tussen interventie- en controlegroep.⁴³

Beschouwing

Op de onderzoeksvraag is geen eensluidend antwoord te geven. Bovendien is een vergelijking tussen de elf studies naar opbouw, samenstelling of sociaal-economische status van de onderzochte groepen niet mogelijk; de benodigde gegevens ontbreken of de verschillen naar land, cultuur en gezondheidszorg zijn te groot. Ook waren de meetinstrumenten onderling verschillend. In een aantal studies ontbrak een beginmeting en voor de eindmeting werd soms gebruik gemaakt van de interventielijsten.^{33 36 37 39 40 42}

In de vier onderzoeken uit de eerste groep werden geen verschillen in functionele toestand en welbevinden tussen interventie- en controlegroep vastgesteld. Dat was wel het geval in vijf van de zeven studies waarbij de proefpersonen thuis werden bezocht; alleen *McEwan et al.* en *Van Rossum* vonden weinig verschillen. Belangwekkend is de waarneming van *Hendriksen et al.* en *Hall et al.* dat de interventieverschillen pas optraden na anderhalf jaar onderzoek, aangezien de experimenten uit de eerste groep (met de minste resultaten) maar één jaar hebben geduurd.

Vervolgonderzoek is alleen door *Hendriksen et al.* uitgevoerd.⁴⁴ Na vijf jaar waren er nog steeds verschillen in mortaliteit en ziekenhuisopnamen ten gunste van de interventiegroep.⁴⁵

In hoeverre leeftijd, gezondheidstoestand en een verhoogd risico voor ziekten in de populatie een rol spelen, is niet duidelijk. Er zijn aanwijzingen dat interventie meer effect heeft op 'jongere' dan op 'oudere' bejaarden; tevens blijkt er meer effect te zijn bij een verhoogd morbiditeits- of mortaliteitsrisico.⁴⁶ Waarschijnlijk heeft health visiting vooral invloed bij risicogroepen; bij personen die al in een goede gezondheidstoestand verkeren, kan immers moeilijk nog een verbetering worden bereikt. Reductie in sterfte en ligdagen in ziekenhuis en verpleeghuizen hebben

zeker een positief effect op functioneren en welbevinden, maar in hoeverre dit een rol heeft gespeeld bij de metingen door middel van de vragenlijsten, is niet duidelijk.

Het eventuele werkingsmechanisme van health visiting is niet bekend. Werkt het, doordat de voorzieningen rondom de ouderen verbeteren? Of speelt de zelfredzaamheid van ouderen een rol?

Een positieve invloed op het functioneren en welbevinden is in ieder geval wel aangetoond voor de aanwezigheid van een partner en goede sociale voorzieningen.⁴⁷ Ook is er aandacht voor het effect van friendly visiting op de centrale verzorger.⁴⁸

Veel vragen blijven nog onbeantwoord. Zo zal er ook een placebo-effect uitgaan van health visiting, mogelijk door de continue aandacht die door de health visitor wordt geboden. Dat was dan ook de reden dat *Hendriksen* een beginmeting achterwege liet; hij beschouwde deze metingen als een vorm van interventie.⁴⁴

Ondanks het ontbreken van consensus over preventieve huisbezoeken, heeft de LHV al sinds jaren duidelijk omlinjende aandachtsvelden in haar Basistakenpakket: 'Het is de taak van de huisarts speciale aandacht te schenken aan de psychische en sociale problematiek van bejaarden', en 'Het is de taak van de huisarts om in de zorg voor ouderen hun zelfredzaamheid overeenkomstig hun wensen te bevorderen.'⁴⁹ Deze literatuurstudie maakt duidelijk dat daarvoor op dit moment geen wetenschappelijke onderbouwing bestaat.

Dankbetuiging

Met dank aan Mw. A.A.H. Verhoeven, arts-informatiespecialist bij de Centrale Medische Bibliotheek van de Rijksuniversiteit Groningen, voor haar aandeel in de literatuur-search.

Literatuur

- 1 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Ouderen in het jaar 2005: gezondheid en zorg. Houten, Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.

- 2 Van den Bos GAM. Chronische ziekten in het zicht van beleid en wetenschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 24: 1170-3.
- 3 Wevers CWJ, Van der Leden J. De hulp van de huisarts aan ouderen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 3-8.
- 4 Schellekens JWG, Hilderink CMA. Morbiditeit van ouderen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28(Suppl 9): 7-9.
- 5 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 6 Fletcher AE, Dickinson EJ, Philp I. Review: audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age Ageing* 1992; 21: 142-50.
- 7 Meyboom-de Jong B. Informeren naar functioneren in de dagelijkse praktijk [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1992; 35(10): 373-5.
- 8 Van der Werf GTh. Friendly visiting. *Huisarts Wet* 1985; 28(Suppl 9): 50-1.
- 9 Keller L, Flatten EK, Wilhite BC. Friendly visiting as a means of informing homebound senior citizens of health-related community services. *J Comm Health* 1988; 4: 231-40.
- 10 Van Rossum HJL. Effects of preventive home visits to the elderly [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993.
- 11 Fuldauer A. Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1966.
- 12 Fuldauer A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk; een studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1973; 16: 135-47.
- 13 Barley S. An uncompromising report on health visiting for the elderly. *Br Med J* 1987; 294: 595-6.
- 14 Brouwer W. Het eenmalig geriatrisch consult. *Huisarts Wet* 1983; 26: 140-3.
- 15 Kingma J. De huisarts als medisch SRV-man. *Huisarts Wet* 1985; 28(Suppl 9): 52-4.
- 16 Klinkman MS, Zavove P, Mehr DR, Ruffin MT. A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part 1. Theoretical framework and development of criteria. *J Fam Pract* 1992; 34: 205-24.
- 17 Zavove P, Mehr DR, Ruffin MT, et al. A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part 2. A geriatric health maintenance program. *J Fam Pract* 1992; 34: 320-47.
- 18 Freer CB. Consultation-based screening of the elderly in general practice: a pilot study. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 455-6.
- 19 Balaban DJ, Goldfarb NI, Perkel RL, Carlson BL. Follow-up study of an urban family medicine home visit program. *J Fam Pract* 1988; 3: 307-12.
- 20 Bouter LM, Van Dongen MCJM. Epidemiologisch onderzoek, opzet en interpretatie. 2e, herz. dr. Houten, Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- 21 Hasler J, Schofield Th. The management of chronic disease. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1990.
- 22 Van der Heuvel WJA. Balanced health and health care for the elderly. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1988.
- 23 Wilkin D, Hallam L, Doggert MA. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 24 Dijkstra PA. Next of (non)kin; the importance of primary relationships for older adults well-being [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1990.
- 25 Frederiks CMA. De zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- 26 Kempen GIJM. Thuiszorg voor ouderen, een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en of gezinsverzorging [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1990.
- 27 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- 28 Hirs WM. Standaardclassificaties voor medische en niet medische gegevens; een studie naar de samenhang van objecten, begrippen en termen in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- 29 Hox JJCM. Het gebruik van hulptheorieën bij operationalisering; een studie rond het begrip subjectief welbevinden [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.
- 30 Tempelman CJJ. Welbevinden bij ouderen, constructie van een meetinstrument [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- 31 Bos GAM. Zorgen van en voor chronisch zieken [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
- 32 Van Sonderen FLP. Het meten van sociale steun [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- 33 Tulloch AJ, Moore V. A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 733-42.
- 34 Williams ME, Williams TF, Zimmer JG, et al. How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: a report of a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 1071-8.
- 35 Rubenstein LV, Calkins DR, Young RT, et al. Improving patient function: a randomized trial of functional disability screening. *Ann Intern Med* 1989; 111: 836-42.
- 36 Epstein AM, Hall JA, Fretwell M, et al. Consultative geriatric assessment for ambulatory patients. *JAMA* 1990; 263: 538-44.
- 37 Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial. *Br Med J* 1984; 289: 1522-4.
- 38 Vetter Nj, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomised controlled trial. *Br Med J* 1984; 288: 369-72.
- 39 McEwan RT, Davison N, Forster DP, et al. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Practice* 1990; 40: 94-7.
- 40 Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *Br Med J* 1990; 300: 1253-6.
- 41 Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992; 340: 890-3.
- 42 Hall N, De Beck P, Johnson D, et al. Randomized trial of a health promotion program for frail elders. *Can J Aging* 1992; 11: 72-91.
- 43 Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people? *Br Med J* 1992; 304: 888-90.
- 44 Hendriksen C. An intervention study among elderly people. *Scan J Prim Health Care* 1986; 4: 39-42.
- 45 Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Hospitalization of elderly people. A three year controlled trial. *J Am Geriatric Soc* 1989; 37: 117-22.
- 46 Iliffe S, Haines A, Gallivan S, et al. Assessment of elderly people in general practice. 1. Social circumstances and mental state. *Br J Gen Practice* 1991; 41: 9-12.

Vervolg op pag. 229.

Annual Scientific Meeting

Elke drie jaar worden de universitaire huisartseninstituten van Nederland uitgenodigd voor de wetenschappelijke jaarvergadering van de South West association of University Departments of General Practice (SWAUDP), die dit jaar werd gehouden in Southampton. In 1986 heeft voor de eerste maal een dergelijke ontmoeting plaatsgevonden in Cardiff; de herhaling vond plaats in Nijmegen in 1988.

Wat hebben medewerkers van Nederlandse huisartseninstituten te verwachten van een dergelijke bijeenkomst van Britse collega-instituten?

De conferentie telde ongeveer 60 medewerkers van de 'Departments of General Practice' van Birmingham, Bristol, Cardiff, Exeter, Oxford, Southampton en Warwick, en 11 gasten uit Nederland. Reeds tijdens de kennismaking kwam een belangrijk verschil tussen de huisartseninstituten van de twee landen naar voren: in Engeland blijven de werkzaamheden van een instituut beperkt tot basisopleiding en wetenschappelijk onderzoek; de in Nederland bestaande verbinding tussen wetenschappelijk onderzoek en basisopleiding enerzijds en beroepsopleiding anderzijds ontbreekt hier. Het verzorgen van de beroepsopleiding behoort in de UK tot de competentie van de Royal College of General Practitioners.

In de eerste plenaire sessie werd gerapporteerd over een onderzoek in de huisartspraktijk naar de lotgevallen van mensen na splenectomie, dat uitmondde in een project van onderlinge toetsing tussen huisartsen en ziekenhuis van het (vaccinatie)beleid na een dergelijke ingreep.

Verslag werd gedaan van een origineel nascholingsprogramma voor (oudere) huisartsen, waarbij de deelnemers de ins en outs van vragenlijstonderzoek bestudeerden door middel van interviews van 'the man in the street' over 'the public perception of heart attack'.

De WONCA-COOP charts bleken gevalideerd te zijn binnen een Britse huisartspraktijk, terwijl *Bottema* (Amsterdam) een eerste verslag deed van zijn onderzoek naar factoren bij de diagnosestelling en het verdere beleid bij astma-patiënten in de huisartspraktijk.

De presentatie van een onderzoek naar de houding van de Britse huisarts met betrekking tot de 'practice nurse' liet zien hoe wijd deze functionaris zich in korte tijd heeft verbreid bij onze burens. Als belangrijkste beperkende factor voor verdere expansie worden genoemd: ruimtegebrek en tekort aan nascholingsmogelijkheden voor practice nurses.

Op zaterdagmorgen was er wederom een van originaliteit getuigend onderwijsprogramma, waarbij medische studenten kennis maken met een gezin met een pasgeborene.

Harry *Crebolder* (met nadruk: uit Maastricht) rapporteerde over het 'Dutch Advanced Training Program' dat is bestemd voor ervaren huisartsen (gemiddeld 35 jaar). De vragen van de Britten hierbij waren: waarom hoort zo'n opleiding niet gewoon thuis op een universitair huisartseninstituut, en waarom wordt deze opleiding niet eerder aangeboden.

Hans *van der Wouden* (Rotterdam) deed verslag een onderzoek naar het effect van rondetafelbesprekingen tussen huisartsen over hun laboratorium-aanvraaggedrag.

Een andere parallelsessie ging over de relatie tussen de verwachting van de patiënt over antibiotica bij bovenste-luchtweginfecties en het voorschrijfpatroon van de huisarts. De kwaliteit van deze sessie was gelegen in de rustige feedback die de relatief grote groep aanwezigen aan de huisarts-onderzoeker gaf.

De indruk die uit lezingen volgt, is dat veel onderzoek van onze Britse collega's gericht is op doelen die nauw gerelateerd zijn aan overheidsbeleid. Ook in de wandelgangen werd gesproken over huisartsgeneeskunde gerelateerd aan beleidsdoelen, zoals de reductie van het aantal doden als gevolg van kanker voor het jaar 2005. Het lijkt erop alsof de communicatie tussen overheid en huisartsen in Engeland nauwer is dan bij ons. De belangstelling voor zaken als praktijkorganisatie, preventie en voorlichting was onmiskenbaar groot, maar toch niet storend. Dit bleek uit het verslag van een onderzoek over de rol van de huisarts bij het signaleren en de preventie van ongelukken binnenshuis.

De kwaliteit van de discussies na elke voordracht was hoog: de deelnemers bleken over goede kennis van het métier te beschikken. De bijeenkomst was daardoor rijk aan leermomenten.

De conferentie werd besloten met een lezing van Prof. Chris *van Weel* FRCGP, getiteld: 'practice based teaching of primary care to students'. In zijn voordracht werd een link gelegd naar het samengaan van 'general practice', 'community geriatrics' en 'public health or occupational health institution'. Een thema dat aansloot op de tijdens de conferentie gesignaleerde kenmerken van de Britse huisartsgeneeskunde.

In zijn slotwoord vatte voorzitter Freeman sa-

men wat de Nederlandse huisartseninstituut-medewerker op een bijeenkomst als deze kan vinden: een intensieve uitwisseling met collega's die behoefte hebben aan contact met de Nederlandse huisartseneeskunde. Nederlanders nemen gemakkelijk kennis van Brits, Engelstalig, onderzoek; het omgekeerde is nauwelijks mogelijk als gevolg van de taalbarrière aan gene zijde.

De volgende bijeenkomst van de SWAUDGP vindt plaats in de maand januari 1994 in Cardiff.

Ben Ponsioen,
huisarts RUHI

VERVOLG

Literatuur pag. 211

- 47 Faresjö T. Social environment and health. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 105-10.
- 48 Vernooij-Dassen MJFJ. Dementie en thuiszorg. Een onderzoek naar determinanten van het competitiegevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 49 LHV-vademecum voor de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987. ■

Literatuur pag. 213

- 6 Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 7 *Statistical Analysis System: user's guide*. Cary, NC: SAS Institute, 1985.
- 8 Paparella MM, Shumrick DA. *Otolaryngology*. Philadelphia: Saunders, 1980.
- 9 Sampers GHMA, Sturm AW. Antibiotica in de eerste lijn bij infecties van huid en subcutis. *Huisarts Wet* 1991; 34: 531-9.
- 10 Lambert IJ. A comparison of the treatment of otitis externa with 'Otosporin' and aluminium acetate: a report from a services practice in Cyprus. *J Roy Coll Gen Pract* 1981; 31: 291-4. ■