

# De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis

R.H.C. Bakker, D.H. de Bakker, A. Kerkstra en L.J. Stokx\*

## Samenvatting

In dit artikel wordt, met behulp van landelijk representatieve gegevens afkomstig uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, een overzicht gegeven van de mate waarin psychische en sociale problemen door verzorgingstehuisbewoners (n=2893) aan de huisarts gepresenteerd worden. Daarnaast worden de contacten van verzorgingstehuisbewoners met psychische of sociale problemen met de huisartspraktijk beschreven alsmede de interventie die de huisarts vervolgens instelt. Als referentie zijn ook de resultaten voor zelfstandig wonende ouderen (n=28056) vermeld. Bij 33% van de patiënten uit het verzorgingstehuis en bijna 17% van de zelfstandig wonende oudere patiënten constateerde de huisarts een psychisch probleem. Ook na controle voor achtergrondkenmerken blijkt dat de verzorgingstehuisbewoners meer psychische problemen aan hun huisarts presenteren dan zelfstandig wonende oudere patiënten. Sociale problemen worden minder dan psychische aan huisartsen gepresenteerd, namelijk door 8% van de patiënten uit het verzorgingstehuis en 5% van de zelfstandig wonende oudere patiënten. Na controle voor achtergrondkenmerken verdwijnt dit verschil. De meest voorkomende interventie die de huisarts instelt bij psychische of sociale problematiek is het voorschrijven van geneesmiddelen. Bij bijna 80% van zowel de verzorgingstehuisbewoners als de zelfstandig wonende oudere patiënten is in de periode van drie maanden een medicijn voorgeschreven. Doorverwijzingen naar de tweede lijn of de geestelijke gezondheidszorg komen het minst vaak voor. Doordat er in het verzorgingstehuis relatief veel meer mensen met psychische en sociale problemen wonen heeft de huisarts daar veel werk. Geconcludeerd moet worden dat de huisarts echter niet wezenlijk anders omgaat met de psychische en sociale problemen van zijn/haar patiënten uit het verzorgingstehuis dan met die van zelfstandig wonende oudere patiënten.

*Summary: The role of the general practitioner in psychological and social problems of people living in homes for the elderly. Based on Dutch nationally representative data, this article reports on the number of psychological and social problems that residents of homes for the elderly (n=2893) present to their general practitioner (GP). Furthermore, the number of encounters residents with psychological or social problems have with the general practice and the interventions which the GP applies are described. A comparison is made with elderly patients living independently (n=28056). In a three-month pe-*

riod the GP found psychological problems in 33 per cent of the patients from homes for the elderly. For elderly patients living independently this was 17%. Controlling for background variables the patients from homes for the elderly still show considerably more psychological problems. Social problems are reported less frequently to GP's; 8% of patients from homes for the elderly and 5% of patients living independently report these problems. After controlling for background variables no statistically significant differences were found. The most frequently used intervention is the prescription of drugs. In both groups almost 80% of the respondents received drugs. Referral to mental health care is the least frequently used intervention. Many patients living in homes for the elderly have psychological or social problems. This implies a high workload for the GP. However, no evidence is found that GP's treat their patients in homes for the elderly differently from those living independently.

Trefwoorden: Huisarts, Ouderen, Psychische problemen, Sociale problemen, Verzorgingstehuis.  
Tijdschr Gerontol Geriatr 1995; 26:71-9

## Inleiding

In Nederland is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg aan bewoners van verzorgingstehuizen. Een onderdeel daarvan is de zorg voor bewoners met psychische en/of sociale problemen. Er zijn weinig feitelijke gegevens bekend over de wijze waarop de huisarts deze rol invult. Met het oog op vernieuwingen in de zorg voor ouderen zoals substitutieprojecten verpleeghuiszorg en het ontstaan van gecombineerde verzorgings- en verpleegthuizen is het bijvoorbeeld voor de samenwerking en taakafbakening tussen huisartsen en verpleeghuisartsen van belang hier meer inzicht in te krijgen. In dit artikel wordt getracht in deze leemte in de kennis te voorzien.

Uit een aantal studies blijkt dat de laatste tien jaar niet alleen de lichamelijke hulpbehoefte van verzorgingstehuisbewoners is toegenomen, maar ook dat het aantal bewoners met psychische en/of sociale problemen stijgt en dat deze problemen steeds ernstiger worden.<sup>1-6</sup> Zo vonden Bronts e.a. dat bij 41% van verzorgingstehuisbewoners sprake is van complexe problematiek, dat wil zeggen zowel met betrekking tot lichamelijk als psychosociaal functioneren.<sup>6</sup> De toenemende problematiek hangt samen met het feit

\* Nederlands Instituut voor Onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

dat de bewoners steeds ouder worden. In 1983 was 39% ouder dan 85 jaar, in 1992 gold dat voor iets meer dan de helft (51%).<sup>7</sup> Verder komt de toename van problemen voort uit een strengere indicatie voor plaatsing in het verzorgingstehuis en de lange wachtlijsten voor het verpleeghuis.<sup>4</sup> Kocken en Jurg benadrukken de rol van de huisarts bij psychosociale problemen van ouderen.<sup>8</sup> Ze stellen dat huisartsen in de huidige situatie een sleutelpositie innemen op het grensvlak van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Veel patiënten komen op het spreekuur met psychosociale problemen, waarvoor een strikt medische benadering veelal onvoldoende soelaas biedt. Het is aan de huisartsen om te bemiddelen voor een geschikte vorm van hulpverlening. Daarnaast concludeert Kocken dat aan de huisarts veruit de voorkeur wordt gegeven om bij psychische problemen te rade te gaan, zelfs boven familieleden.<sup>9</sup> Ook volgens Meyboom-de Jong neemt de huisarts in de gezondheidszorg voor ouderen een prominente plaats in.<sup>10</sup> Uit haar onderzoek blijkt namelijk dat de huisarts met de 65-plussers uit zijn praktijk gemiddeld bijna vijf maal per jaar contact heeft en 80% van hen per jaar ziet.

Echter naar de daadwerkelijke rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen van verzorgingstehuisbewoners is nog nauwelijks onderzoek verricht en voor zover dit wel het geval is betreft het onderzoek onder ouderen in een bepaalde regio.<sup>8,10,11</sup> In het hier gepresenteerde onderzoek beschikken we voor het eerst over gegevens die representatief zijn voor heel Nederland. Het doel van dit artikel is derhalve inzicht te verschaffen in de rol die de huisarts speelt bij psychische en sociale problematiek in verzorgingstehuizen. Dit zal aan de hand van de volgende vraagstellingen worden onderzocht:

1. Welke psychische en sociale problemen worden door bewoners van verzorgingstehuizen aan de huisarts gepresenteerd?
2. Hoe vaak hebben deze verzorgingstehuisbewoners contact met de huisarts, wat is de duur en de vorm (spreekuur, visite) van deze contacten en op wiens initiatief vinden ze plaats?
3. Welke interventies stelt de huisarts in?

Om de rol van de huisarts in perspectief te plaatsen zullen de contacten van de verzorgingstehuisbewoners met de huisarts worden vergeleken met een referentiegroep van zelfstandig wonende oudere patiënten.

## Methode

### Steekproef

De data voor dit onderzoek zijn afkomstig uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.<sup>12</sup> Hieraan hebben 161 huisartsen meegewerkt afkomstig uit een landelijke, ge-

stratificeerde steekproef. Deze huisartsen hebben samen met hun assistentes in een aaneengesloten periode van drie maanden, tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988, alle contacten met hun patiënten geregistreerd. Per contact werden gegevens over klachten, de diagnose en de behandeling, door de huisarts vastgelegd. Naast de contactregistratie zijn er ook van alle ingeschreven patiënten sociaal-demografische gegevens verzameld.

Voor dit onderzoek zijn de gegevens gebruikt van ouderen, mensen van 65 jaar of ouder, van wie de woonsituatie bekend was. In totaal gaat het om 30.949 bij de huisarts ingeschreven ouderen, waarvan er 2.893 (9,3%) in een verzorgingstehuis verbleven. Met 2294 (79,3%) van de patiënten uit een verzorgingstehuis was er in de geregistreerde periode minstens eenmaal contact met de huisartspraktijk; dit gold voor 19.162 zelfstandig wonende oudere patiënten (d.i. 68,3% van de 28056). De spreiding van de ouderen over de praktijken is gelijkmatig. Van de 102 huisartspraktijken die aan het onderzoek meewerkten zijn er 4 die helemaal geen patiënten uit een verzorgingstehuis hadden en 5 waarvan meer dan 20% van de oudere patiënten in een verzorgingstehuis verbleven. Een beschrijving van de onderzoeksgroep volgt uit tabel 1.

Zoals verwacht wonen er aanzienlijk meer vrouwelijke patiënten in verzorgingstehuizen dan mannelijke. De verzorgingstehuisbewoners in de steekproef zijn gemiddeld 82 jaar oud (min. 65 jaar, max. 102 jaar). 68 procent van de verzorgingstehuisbewoners woont alleen en 24% woont er samen met een partner. Verreweg de meeste patiënten uit het verzorgingstehuis zijn via het ziekenfonds verzekerd. Tevens heeft de huisarts, in de geregistreerde periode, met 62% van de verzorgingstehuisbewoners contact gehad voor tenminste één chronische somatische aandoening. Daarvan was 42% ernstig te noemen.<sup>13</sup> Ouderen bij wie meerdere somatische aandoeningen werden geconstateerd, zijn geassocieerd naar hun meest ernstige aandoening.

Om deze gegevens in perspectief te plaatsen zijn in tabel 1 dezelfde kenmerken opgenomen voor zelfstandig wonende oudere patiënten. Verzorgingstehuisbewoners zijn veel vaker van het vrouwelijk geslacht, ze zijn gemiddeld ouder, wonen vaker alleen, zijn vaker via het ziekenfonds verzekerd en er waren meer (ernstige) chronische somatische aandoeningen volgens de huisarts. Dit is in overeenstemming met resultaten uit eerder onderzoek.<sup>14-16</sup>

### Operationalisatie van psychische en sociale problemen en medische consumptie

We beschikken over gegevens van psychische en sociale problemen die aan de huisarts in de geregistreerde periode zijn gepresenteerd. Niet de

klachten van de patiënten, maar de diagnose van de huisarts is uitgangspunt voor het vaststellen van psychische en sociale problematiek. De door ons gehanteerde categorieën van deze problemen worden gevormd door de hoofdstukken P, psychologische problemen, en Z, sociale problemen, uit de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>17</sup> In de in dit onderzoek gehanteerde ICPC-codes komt tot uitdrukking welke diagnose

Tabel 1. Achtergrondkenmerken van patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten (Characteristics of elderly people living in homes for the elderly and those living independently)

	verzorgings- tehuis (n=2893)	zelfstandig wonend (n=28056)
man	25.7%	42.0%
vrouw	74.3%	58.0%
gemiddelde leeftijd	81.9 jaar	73.2 jaar
alleenwonend	68.1%	32.8%
samenwonend	23.6%	66.3%
onbekend	8.3%	0.9%
ziekenfonds	81.4%	69.0%
particulier	15.8%	29.9%
onbekend	2.8%	1.1%
chronische somatische aandoening*		
- geen	37.8%	48.3%
- licht	2.6%	2.2%
- matig	17.9%	20.6%
- ernstig	41.7%	28.9%

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij  $p \leq .05$ , (Chi<sup>2</sup>-toets).

\* De door De Bakker e.a. geconstrueerde indeling van de chronische somatische aandoeningen is als volgt<sup>18</sup>:

- lichte chronische aandoeningen: hooikoorts, aambeien, spataderen, migraine/ernstige hoofdpijn, chronische huidziekte/eczem, nervositas/ gespannen, allergische afwijking.

- matig ernstige chronische aandoeningen: hoge bloeddruk, open been, rugklachten/hernia/ ischias, reuma/artritis/artrose, maagkwaal/ maagzweer/ zweer aan de 12-vingerige darm, galstenen/ galblaas/leverziekten, schildklierafwijking, oogklachten, gehoorafwijkingen, klachten aan gewrichten, andere chronische aandoeningen.

- ernstige chronische aandoeningen: CARA (chronische bronchitis/astma), hartvaat ziekten (hartklachten/ vocht achter de longen), aderverkalking, gezwellvorming/kanker/leukemie, M. Parkinson/multiple sclerose/epilepsie, suikerziekte of diabetes mellitus, chronische nierziekte/nierstenen, ernstige gevolgen ongeval, handicap tgv erfelijke afwijking.

de arts stelt.<sup>12</sup> Om wille van de duidelijkheid rapporteren we slechts de psychische en sociale problemen die het meest door patiënten van 65 jaar en ouder aan de huisarts gepresenteerd zijn, zoals blijkt uit de morbiditeitsrapportage van van der Velden e.a.<sup>18</sup> De minder vaak gepresenteerde psychische en sociale problemen zijn bij elkaar opgeteld en vormen de categorieën 'overige psychische problemen' en 'overige sociale problemen'.

De medische consumptie van ouderen met psychische en/of sociale klachten bekijken we aan de hand van verschillende aspecten. Na een selectie te hebben gemaakt van de ouderen in de steekproef die tenminste één psychisch of sociaal probleem aan hun huisarts presenteren, stellen we allereerst vast hoe vaak deze ouderen, gedurende drie maanden, contact met hun huisarts of diens assistente hebben. Van deze contacten inventariseren we de diagnose - psychisch, sociaal of somatisch - en waar deze contacten plaatsvinden. Vervolgens kijken we wie dit contact geïnitieerd heeft. Daarna presenteren we de interventies die de huisarts bij psychische en sociale problemen van patiënten uit het verzorgingstehuis uitvoert. Dit betreft de aard van het gesprek dat de arts met de patiënt voert, hoe vaak medicijnen worden voorgeschreven en in welke mate de ouderen worden doorverwezen naar de tweede-lijnsgezondheidszorg.

Tenslotte rapporteren we de geneesmiddelenconsumptie van ouderen in het verzorgingstehuis. Deze zal vanwege de aard van de klachten zijn toegespitst op de psychofarmaca. De voorgeschreven geneesmiddelen zijn geïnclassificeerd volgens de Anatomical Therapeutic Chemical classification (ATC).<sup>19</sup>

#### Analyse

Net als in tabel 1 zal bij de geconstateerde psychische en sociale problemen met bijbehorende medische consumptie van verzorgingstehuisbewoners, de groep zelfstandig wonende ouderen als referentiecategorie worden opgenomen.

Verschillen tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten zijn op significantie getoetst door middel van de chi<sup>2</sup>-toets. Verzorgingstehuisbewoners zijn onder meer als gevolg van de indicatiestelling meer hulpbehoevend dan zelfstandig wonende ouderen en hebben daardoor een grotere medische consumptie. Aangezien deze grotere hulpbehoevendheid samenhangt met verschillen in samenstelling van de populatie naar leeftijd, geslacht, samenlevingsverband, verzekeringsvorm en de mate van chronische somatische aandoeningen, wordt hiervoor gecontroleerd met behulp van multivariate analyse. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat ouderen, vrouwen, alleenstaanden,

ziekenfondsverzekerden en chronisch zieken een hogere medische consumptie hebben.<sup>13,18,20</sup> De geëigende techniek voor de multivariate analyse is logistische-regressie-analyse omdat de afhankelijke variabelen dichotoom zijn (wel of niet een bepaalde diagnose, wel of niet een bepaalde interventie).<sup>21</sup>

De gecontroleerde verschillen komen tot uitdrukking in oddsratio's. Deze geven aan in hoeverre bepaalde fenomenen bij patiënten uit het verzorgingstehuis meer voorkomen dan bij de zelfstandig wonende oudere patiënten, na controle voor de samenstelling van die groep naar de genoem-

de achtergrondkenmerken. De significante verschillen die na controle overblijven zijn dan toe te schrijven aan de specifieke situatie van verzorgingstehuisbewoners dan wel een indicatiestelling op basis van specifieke psychische of sociale problemen.

## Resultaten

### Gepresenteerde psychische en sociale problematiek

In tabel 2 is weergegeven welke psychische en sociale problemen in welke mate in drie maanden tijd in de huisartspraktijk werden gepresenteerd. Ter vergelijking zijn dezelfde gegevens voor zelfstandig wonende ouderen opgenomen. De eerste twee kolommen vermelden de percentages van de ouderen bij wie het betreffende psychische of sociale probleem is geconstateerd. Het betreft hier cijfers die niet zijn gecorrigeerd voor verschillen in achtergrondkenmerken. De oddsratio's in de laatste kolom zijn wél gecontroleerd voor verschillen in de genoemde achtergrondkenmerken.

Van alle bij de huisartsen ingeschreven verzorgingstehuisbewoners heeft, in drie maanden tijd, 36% contact gehad met de huisartspraktijk in verband met een psychisch of sociaal probleem. Het kon gaan om een nieuw probleem of een probleem dat reeds eerder als zodanig bij de huisarts bekend was. In geval van een reeds bij de huisarts bekend probleem kon het contact zowel geweest zijn met de huisarts zelf als met de praktijkassistente in verband met het uitschrijven van een herhaalrecept voor medicijnen. Ongetwijfeld zal het percentage patiënten met een psychisch of sociaal probleem dat als zodanig bij de huisarts bekend was hoger zijn. De hier gepresenteerde gegevens hebben uitsluitend betrekking op de vraag of men al dan niet contact had voor een dergelijk probleem in een periode van drie maanden tijd.

Het vergelijkbare percentage voor zelfstandig wonende oudere patiënten ligt op 19%, aanzienlijk lager dus. Dit verschil in percentage wordt slechts voor een klein deel verklaard door verschillen in samenstelling van de onderzoeksgroep naar de vijf achtergrondkenmerken. De odds-ratio ligt immers op 1,65 terwijl het percentage 1,86 keer hoger ligt.

Er zijn vier keer zo veel patiënten uit het verzorgingstehuis met psychische problemen bij de huisarts geweest als met sociale problemen. Het verschil tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten was bij psychische problemen groter dan bij sociale problemen. Bij de sociale problemen werd het op zich significante verschil tussen verzorgingstehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen zelfs geheel verklaard door verschillen in achtergrondkenmerken.

Tabel 2. Percentage patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten dat in drie maanden een psychisch of sociaal probleem in de huisartspraktijk heeft gepresenteerd en odds-ratio's gecontroleerd voor achtergrondkenmerken (Percentage of residents of homes for the elderly and independently living elderly who presented psychological or social problems in general practice during three months and odds ratio's controlled for background characteristics)

	verzorgings- tehuis (n=2893) %	zelfstandig wonend (n=28056) %	odds- ratio
psychisch en/of sociaal probleem	35.7	19.2	1.65
psychisch probleem	32.5	16.8	1.76
angstig/nervus	7.3	5.6	-
acute stress reactie	1.3	1.0 (n.s.)	-
depressief gevoel	2.8	1.3	1.99
boos gevoel/geagiteerd	3.0	0.7	3.40
slaapstoornis	15.1	7.1	1.56
geheugen-/oriëntatiestoornis	2.0	0.7	1.79
dementia (pre)senilis	3.6	0.8	1.89
depressie	4.9	2.1	2.35
neurasthenie/surmenage	0.3	0.6 (n.s.)	-
psychose	1.8	0.5	3.60
overig	6.6	3.1	1.98
sociaal probleem	8.4	5.1	-
ziekte partner	0.4	0.7 (n.s.)	-
dood partner	1.1	1.1 (n.s.)	-
eenzaamheid	1.8	0.6	-
behuizing	0.4	0.3 (n.s.)	-
verhuizing	0.6	0.1	2.23
ziekte/verlies naaste	0.5	0.5 (n.s.)	-
overig	5.6	3.4	-

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij  $p \leq .05$ ; (Chi<sup>2</sup>-toets), tenzij vermeld (n.s.). Tevens zijn alleen de significante oddsratio's opgenomen.

Van de onderscheiden psychische problemen kwamen slaapstoornissen (vaak ging het hier om het verkrijgen van een herhaalrecept voor medicatie) het meest voor. Ruim één op de zeven patiënten uit het verzorgingstehuis is in drie maanden tijd bij de huisarts geweest in verband met slaapstoornissen. Andere veel voorkomende psychische problemen in het verzorgingstehuis waren 'angstig/nerveus' en 'depressie'. In vergelijking met de zelfstandig wonende oudere patiënten kwam in het verzorgingstehuis de diagnose 'psychose' en het symptoom 'boos gevoel/geagiteerd' na controle voor patiëntkenmerken 3,5 keer vaker voor. Ook bij de diagnose 'depressie' en het daarvan vaak moeilijk te onderscheiden symptoom 'depressief gevoel' was het verschil aanzienlijk. Bij 'geheugen-/oriëntatiestoornis' en 'dementie' was vooral het verschil in percentage erg groot: respectievelijk een factor drie en een factor vier. Na controle voor achtergrondkenmerken werd het verschil geringer, maar bleef toch nog aanwezig.

Uit de logistische-regressie-analyses bleek verder (niet in tabel) dat naast het woningtype van de oudere vooral het hebben van een matig-ernstige of ernstige chronische, somatische aandoening van invloed te zijn op het presenteren van een psychisch probleem. Ouderen met een matig-ernstige of ernstige chronische, somatische aandoening hadden twee tot drie keer zo vaak een psychisch probleem als ouderen zonder of met een lichte chronische, somatische aandoening. Bovendien hadden oudere vrouwen vaker een psychisch probleem dan oudere mannen.

De afzonderlijke sociale problemen kwamen relatief weinig voor en de verschillen tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten waren in de meeste gevallen niet statistisch significant. Eenzaamheid werd drie keer vaker aan de huisarts gemeld in het verzorgingstehuis dan daarbuiten. Het verschil viel in de logistische-regressie-analyse echter weg, met name omdat hierin gecontroleerd werd voor het al dan niet hebben van een partner. Dat er een verschil was in de mate waarin men problemen had in verband met een verhuizing behoeft geen verbazing te wekken. Bij verzorgingstehuisbewoners zal het hier vooral gaan om de verhuizing naar het verzorgingstehuis. De zelfstandig wonende ouderen zullen veel minder vaak recentelijk zijn verhuisd en als zij zijn verhuisd dan zal dat van een geheel andere aard zijn dan een verhuizing naar een verzorgingstehuis.

Uit de logistische-regressie-analyses bleek dat sociale problemen vooral voorkwamen bij alleen wonende oudere patiënten en oudere patiënten met een matig-ernstige of ernstige chronische aandoeningen. Deze kenmerken waren dus verantwoordelijk voor het meer voorkomen van so-

ciale problemen huisartspatiënten uit het verzorgingstehuis.

#### Contactfrequentie

Nu we hebben vastgesteld hoeveel procent van de patiënten uit het verzorgingstehuis welke psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk hebben gepresenteerd, richten we ons verder op de groep door wie tenminste één psychisch of sociaal probleem is gepresenteerd: d.i. de groep die in drie maanden tijd minimaal één keer contact heeft gehad met de huisartspraktijk in verband met een dergelijk probleem.

Tabel 3 laat zien dat deze groep gemiddeld meer dan twee contacten met de huisartspraktijk had die rechtstreeks in verband stonden met psychische of sociale problemen. Dat was iets vaker dan

**Tabel 3. Gemiddeld aantal contacten per 100 ouderen voor psychische en/of sociale problemen en voor somatische klachten met de huisartspraktijk in drie maanden van ouderen met geconstateerde psychische of sociale problematiek in en buiten verzorgingstehuizen (average number of contacts with general practice for psychological/ social and somatic problems per 100 elderly during three months of elderly people with psychological or social problems living in homes for the elderly versus those living independently)**

	Psychische/sociale problemen		Chronische somatische klachten	
	verzorgings- tehuis (n=922)	zelfst. wonend (n=4653)	verzorgings- tehuis (n=922)	zelfst. wonend (n=4653)
contacten met de huisartspraktijk	224	203	651	444
met de arts	87	90 (n.s.)	288	241
met de assistente	137	113	363	203
artscontacten op initiatief:				
- huisarts	24	19 (n.s.)	66	42
- huisarts/patiënt	11	15 (n.s.)	36	48
- patiënt	30	44	108	123
- hulpverlener	11	2	41	19
- anders	5	4 (n.s.)	19	9
- onbekend	6	6 (n.s.)	18	0
artscontacten:				
spreekuur	7	39	27	110
visites	56	42	191	108
telefonisch	5	5 (n.s.)	11	10 (n.s.)
overig	19	4	59	13

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij  $p \geq .05$ , (Chi<sup>2</sup>-toets), tenzij vermeld (n.s.).

de vergelijkingsgroep van zelfstandig wonende oudere patiënten. Het verschil in contactfrequentie werd veroorzaakt doordat patiënten uit het verzorgingstehuis vaker contact met de praktijk-assistente hadden.

Bezien we de initiatiefnemer voor het contact met de arts dan bleek dat in het verzorgingstehuis minder vaak de patiënt zelf en vaker een hulpverlener (naar mag worden aangenomen vooral personeel van het verzorgingstehuis) te zijn. Patiënten uit het verzorgingstehuis kwamen in vergelijking tot zelfstandig wonende oudere patiënten weinig op het spreekuur in de praktijk van de huisarts. Visites en overige contacten (vaak contacten 'tussendoor' als de huisarts toch al in het verzorgingstehuis is) kwamen veel vaker voor. Er is geen statistisch significant verschil in tijdsduur van de contacten gevonden tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten. Bij beide groepen was de tijdsduur gemiddeld iets meer dan 13 minuten per contact.

Tevens laat tabel 3 voor dezelfde groep patiënten het aantal contacten in verband met somatische problemen zien. Hieruit blijkt dat patiënten uit

het verzorgingstehuis met een psychisch of sociaal probleem in drie maanden tijd naast contacten voor die psychische of sociale problemen ook nog eens 6,5 contacten met de huisartspraktijk hadden in verband met somatische problemen. Het vergelijkbare cijfer voor patiënten uit het verzorgingstehuis zonder psychische of sociale problemen was 3,5 (niet in tabel).

De huisarts zelf had gemiddeld bijna één keer in de maand contact met deze groep verzorgingstehuisbewoners voor een somatisch probleem. De verzorgingstehuisbewoners met psychische of sociale problemen hadden duidelijk meer contacten in verband met somatische problemen dan de vergelijkbare groep zelfstandig wonende oudere patiënten. Er waren niet alleen meer contacten met de praktijkassistent, maar ook met de huisarts zelf.

De contactfrequenties onderscheiden naar initiatief en aard van het contact bieden een zelfde beeld als bij de contacten voor psychische en sociale problemen: relatief veel contacten op initiatief van een hulpverlener, veel visites en overige contacten bij patiënten uit het verzorgingstehuis en relatief weinig contacten op initiatief van de patiënt en spreekuurcontacten. Een verschil is dat we bij patiënten uit het verzorgingstehuis ook relatief veel contacten in verband met somatische problematiek op initiatief van de huisarts zien.

#### Interventies

Tabel 4 geeft weer welke interventies de huisarts dan wel de praktijkassistent heeft verricht bij patiënten uit het verzorgingstehuis met psychische of sociale problemen in vergelijking tot zelfstandig wonende oudere patiënten. Het gaat hierbij om interventies die specifiek waren gericht op de psychische of sociale problematiek. De interventies die plaatsvonden tijdens de contacten in verband met somatische problemen blijven hier buiten beschouwing.

Veruit de meest voorkomende interventie bij verzorgingstehuisbewoners met psychische of sociale problemen was het voorschrijven van medicijnen. Bij bijna 80% is in drie maanden tijd minimaal één medicijn voorgeschreven. Andere interventies lagen vooral op het gespreksmatige vlak: luisteren naar het verhaal van de patiënt en het voeren van een actief gesprek ('counselling') of de patiënt geruststellen of voorlichten. Overleg met andere hulpverleners (personeel van het verzorgingstehuis) kwam bij één op de twintig bewoners voor. Verwijzingen kwamen bij deze groep nauwelijks voor.

De vergelijking met de referentiegroep van zelfstandig wonende oudere patiënten leert dat er weinig verschillen waren in 'harde' interventies (voorschrijven en verwijzen), maar dat bij zelf-

**Tabel 4.** Interventies in de huisartspraktijk bij psychische of sociale problemen bij oudere patiënten met geconstateerde psychische of sociale problematiek, gedurende drie maanden: verzorgingstehuisbewoners in vergelijking tot zelfstandig wonende ouderen (Interventions in general practice for psychological or social problems in elderly people with established psychological or social problems during three months: residents of homes of the elderly compared with independently living elderly)

	verzorgings- tehuis (n=922) %	zelfst. wonend (n=4653) %	odds- ratio gecontroleerd voor andere kenmerken
- voeren van een actief explorerend gesprek	15,5	19,5	-
- voeren van een passief gesprek, luisteren	21,5	26,3	0,81
- patiënt geruststellen	9,0	12,1	-
- voorlichting geven	6,6	10,8	0,68
- voorschrift medicijnen	78,7	76,4 (n.s.)	-
- verwijzing naar 2e lijn	0,8	1,3 (n.s.)	-
- verwijzing naar GGZ	1,3	0,9 (n.s.)	-
- overleg met andere hulpverleners	5,2	2,8	1,54

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij  $p \leq 0,05$ , (Chi<sup>2</sup>-toets), tenzij vermeld (n.s.). Tevens zijn alleen de significante oddsratio's opgenomen.

standig wonende ouderen meer gespreksvoering plaatsvond en minder overleg met andere hulpverleners.

In tabel 5 is verder uitgesplitst wat werd voorgeschreven bij patiënten uit het verzorgingstehuis met psychische of sociale problemen.

Hypnotica/sedativa (slaapmiddelen) werden het meest voorgeschreven aan patiënten uit het verzorgingstehuis, gevolgd door anxiolytica en antipsychotica. In vergelijking tot zelfstandig wonende oudere patiënten werden bij verzorgingstehuisbewoners veel antipsychotica voorgeschreven en veel antidepressiva maar weinig anxiolytica. Dit is consistent met de resultaten van tabel 2, naar aanleiding waarvan werd geconstateerd dat bij verzorgingstehuisbewoners de diagnoses 'depressie' en 'psychose' relatief vaak voorkwamen.

### Discussie

Ouderen komen in aanmerking voor opname in een verzorgingstehuis als zij niet meer in staat zijn zelfstandig een huishouden te voeren. Een deel van de zorg voor het alledaagse leven wordt in het verzorgingstehuis door anderen overgenomen. Medische problemen worden bij verzorgingstehuisbewoners evenals thuis primair behandeld door de huisarts.

In dit artikel hebben we de rol van de huisarts bij

psychische en sociale problemen bij mensen in het verzorgingstehuis onderzocht aan de hand van landelijk representatieve data. Om de rol van de huisarts in perspectief te plaatsen zijn patiënten uit het verzorgingstehuis vergeleken met thuiswonende oudere patiënten. Doordat sinds de verzameling van ons materiaal (1987/88) de hulpbehoevendheid en de hoeveelheid psychische en sociale problematiek van verzorgingstehuisbewoners alleen nog maar is toegenomen zal de beschrijving van de rol van de huisarts eerder een onderschatting zijn dan een overschatting. Overigens zullen de aan onze studie deelnemende huisartsen en hun assistentes vanwege de registratieduur van drie maanden zeker niet alle patiënten met psychische en/of sociale problematiek hebben gezien. Dit is een belangrijk gegeven bij de interpretatie van de gegevens.

De achtergrondkenmerken in onze landelijke steekproef laat een zelfde beeld zien als in eerdere onderzoeken: patiënten uit het verzorgingstehuis zijn gemiddeld ouder, vaker alleenstaand, vaker vrouw en vaker ziekenfondsverzekerd dan zelfstandig wonende oudere patiënten.

Huisartsen zien een veel groter deel van de patiënten uit het verzorgingstehuis in hun praktijk i.v.m. psychische problematiek (33%) dan van de zelfstandig wonende oudere patiënten (17%). Ook na correctie voor de eerder genoemde achtergrondkenmerken blijft dit verschil bestaan. Bovendien heeft de huisarts met verzorgingstehuisbewoners met psychische en sociale problemen ook veel vaker contact in verband met chronische somatische aandoeningen.

Een opvallend resultaat is dat er géén verschil in het percentage ouderen met sociale problematiek bestaat tussen de twee groepen na correctie voor de achtergrondkenmerken. Diesfeldt e.a. beschrijven dat gemeten met de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale Problemen (BPS) ernstige problemen met sociaal contact bij 12% van de verzorgingstehuisbewoners voorkomen en zij stellen bovendien dat deze problematiek juist veel vaker voorkomt in het verzorgingstehuis dan daarbuiten.<sup>5</sup> Indien dit zo is dan is er mogelijk sprake van te weinig aandacht van de huisarts voor sociale problematiek bij verzorgingstehuisbewoners. Een directe vergelijking is echter lastig te maken omdat de instrumenten als de BPS ter screening in populatieonderzoek worden gebruikt en wij in ons materiaal het oordeel van de huisarts in een zorgregistratie gebruiken.

De werkdruk voor huisartsen door patiënten met psychische en sociale problematiek in het verzorgingstehuis is over het algemeen gelijk aan die van thuiswonende patiënten. Beide groepen hebben gemiddeld even vaak contact met de huisarts en de face to face contacten duren even lang (ge-

Tabel 5. Percentage oudere patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten met geconstateerde psychische of sociale problematiek dat medicijnen krijgt voorgeschreven gericht op die psychische of sociale problemen (percentage of elderly either living in a home for the elderly people or independently to whom medications were prescribed for psychological or social problems during three months)

	verzorgings- tehuis (n=922) %	zelfst. wonend (n=4653) %	odds- ratio gecontroleerd voor andere kenmerken
geen medicijnen	21,3	23,5	-
antipsychotica	12,4	3,7	4,53
anxiolytica	23,5	33,1	0,83
hypnotica/sedativa	40,2	35,4	-
antidepressiva	8,6	6,6	1,84
overige	15,2	14,6	-

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij  $p \leq .05$ , (Chi<sup>2</sup>-toets), tenzij vermeld (n.s.). Tevens zijn alleen de significante oddsratio's opgenomen. Omdat een persoon meerdere medicijnen voorgeschreven kan krijgen, tellen de percentages op tot boven de 100%.

middeld 13 minuten). De grotere hoeveelheid somatische problematiek die verzorgingstehuisbewoners met psychische en/of sociale problemen bovendien presenteren vergroot de werkdruk voor de huisarts aanzienlijk. Iets van de grotere werkbelasting voor huisartsen wordt overigens gecompenseerd doordat huisartsen vaak op een vast tijdstip 'spreekuur' verzorgen in verzorgingstehuizen. Zelf blijven huisartsen deze bezoeken overigens bestempelen als visites. Afdelingshoofden in het tehuis bereiden zo'n 'spreekuur' vaak voor door een lijst van bezoekende bewoners aan de huisarts samen te stellen. Dit fenomeen kan het relatief grote aandeel van hulpverleners bij het initiatief tot contact verklaren.

Als we de inhoud van de behandeling door de huisarts bij ouderen met psychische en/of sociale problemen van die problemen verder ontleden, dan valt op dat huisartsen aan patiënten uit het verzorgingstehuis in verhouding tot zelfstandig wonende oudere patiënten minder voorlichting geven en minder vaak een passief gesprek met hen voeren, dat wil zeggen minder vaak een afwachtende houding aannemen, de patiënt minder laten praten en de patiënt minder ondersteunen tijdens het gesprek. Daarentegen voeren zij vaker overleg n.a.v. van het contact met andere hulpverleners, waarschijnlijk verzorgenden in het verzorgingstehuis. Actieve gespreksvoering, geruiststellen, verwijzen en het voorschrijven van geneesmiddelen hanteert de huisarts bij beide groepen in gelijke mate indien een psychisch en/of sociaal probleem aan de orde is.

Aan patiënten uit het verzorgingstehuis worden meer antipsychotica en antidepressiva voorgeschreven. Dit is in overeenstemming met het grotere aandeel van psychoses en depressies in het verzorgingstehuis die door de huisarts worden geconstateerd. Bij oudere patiënten met psychische en sociale problematiek worden slaapmiddelen en anxiolytica zowel in als buiten het verzorgingstehuis even vaak voorgeschreven. Op populatieniveau worden echter met name meer slaapmiddelen voorgeschreven in het verzorgingstehuis omdat daar veel meer slaapstoornissen voorkomen.

Al met al kan worden geconcludeerd dat de huisarts veel werk besteedt aan de behandeling van zijn/haar patiënten in het verzorgingstehuis met psychische en sociale problematiek en dat deze behandeling niet wezenlijk afwijkt van die van zelfstandig wonende oudere patiënten. Wel valt op dat huisartsen ook juist bij de deelpopulatie van bewoners met psychische en/of sociale problemen het merendeel van de tijd aan somatische problematiek besteden. Of dat tegelijkertijd betekent dat huisartsen te weinig aandacht hebben voor psychische en met name sociale problema-

tiek valt uit ons onderzoeksmateriaal te veronderstellen, maar niet eenduidig te concluderen. Verder onderzoek naar de aansluiting tussen de hulpvraag van patiënten in het verzorgingstehuis en de door de huisarts en andere hulpverleners gegeven zorg is daarvoor nodig.

#### Literatuur

1. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (1). *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1983; 14: 199-206.
2. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (2). *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985; 16: 135-40.
3. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3). *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1988; 19: 201-10.
4. Vink MT, Kam P van der, Diesfelt HFA. Gedragsproblemen in verzorgingstehuizen: Een inventarisatie in zes verzorgingstehuizen en een vergelijking met enkele verpleeghuizen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1989; 20: 3-11.
5. Diesfelt HFA, Jas KJ, Merbis CP. Hulpbehoefte en psychosociale zorgvragen in verzorgingshuizen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1993; 24: 45-50.
6. Bronts PAJM, Loveren-Huyben CMS van, Westervoven FMGD van. Enkelvoudige en meervoudige problematiek in verzorgingshuizen. Nijmegen: Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, 1993.
7. Kwartel AJJ van der, Delnoij DMJ, Vandermeulen LJR, Harmsen J. Branche-rapport verpleging en verzorging: Feiten, Ontwikkelingen, Knelpunten. Utrecht: NZI NIVEL, 1994.
8. Kocken PL, Jurg HP. Afstemming tussen huisarts en psychosociale hulpverlening. *Medisch Contact* 1993; 48: 855-7.
9. Kocken PL. Psychisch welbevinden op oudere leeftijd. Onderzoek naar de prevalentie van psychische problematiek en preventiemogelijkheden bij Rotterdamse ouderen. Rotterdam: GGD-Rotterdam, 1991.
10. Meyboom-de Jong B. Ouderen vanuit de optiek van de huisarts. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1991; 22: 82-4.
11. Molen T van der, Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis. *Huisarts en wetenschap* 1991; 34: 377-82.
12. Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
13. Bakker DH de, Claessens AAMC, Velden J van der. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: NIVEL, 1992.
14. Bosma A. De gezondheid van mensen in de derde levensfase; een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten. Eindhoven: G.G.D. Eindhoven, 1988.
15. Janssen T, Romijn CM, Woldring CL. Onderzoek demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; het onderzoek van de projecten in de beginfase. Nijmegen: ITS, 1989.
16. Romijn CM, Janssen T, Woldring CL. Onderzoek demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van



- het substitutiebeleid; resultaten van het landelijk onderzoek onder ouderen. Nijmegen: ITS, 1990.
17. Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford, 1987.
  18. Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.
  19. Øydvin K, Alhava E. Guidelines for ATC classification. Oslo, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology en Nordic Council on Medicines, 1992.
  20. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de

huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.

21. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York, Wiley-interscience publication, 1989.

#### Correspondentie:

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), t.a.v. drs. R.H.C. Bakker, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Aanvaard: maart 1995

## B Boekbespreking

Bert Keizer, *Het refrein is Hein: Dagen uit een verpleeghuis*. Nijmegen: SUN-literair, 1994. 314 p, f 34,50.

Op de achterzijde van de omslag typeert de uitgever dit boek als 'een literair-filosofische bespiegeling over leven en sterven in een hedendaags verpleeghuis'. Hij merkt verder op dat het 'met vaart en luciditeit' geschreven is en 'met de nodige humor de aandacht vestigt op een werkelijkheid waar de meeste mensen liever niet aan denken'. Zo is het. De dood - die op de voorkant van de omslag met een arts strijdt voor een vrouw - is alomtegenwoordig. Doodzieke hoogbejaarden, ongeneeslijke zieke mannen en vrouwen in de vroege volwassenheid en middelbare leeftijd, AIDS- en kankerpatiënten, wachten in het verpleeghuis geduldig, gelaten, wanhopig, lucide en op nog zoveel andere manieren op het einde. Familieleden komen af en aan, of komen helemaal niet. Artsen worden geconfronteerd met euthanasie-vragen. Sommigen horen niets. Anderen gaan er op in, zorgvuldig, met veel wikken en wegen, vaak angstig voor en na, tot in hun dromen betrokken. Lichamen worden begraven of gecremeerd, omgeven met vaak nietszeggende woorden en uiteindelijk opgedaagde familieleden.

Ik heb het boek in één ruk uitgelezen in de donkere dagen tussen Kerstmis en Nieuwjaar. Een verkwikkelijk boek is het niet. De auteur, zelf arts, beschrijft trefzeker wat hij ziet, voelt, denkt, doet, gelooft en niet gelooft rond het sterfbed van de patiënten waarmee hij een eind weegs gaat. Beschouwingen en verhalen wisselen elkaar af of worden aan elkaar geassimileerd tot een boeiende voortdurende beweging die op de laatste bladzijde van het boek voelbaar niet ophoudt. Nieuwe scènes uit een verpleeghuisleven kunnen hiaatloos aan het boek worden toegevoegd. Het refrein zal blijven: Hein. Dit boek heeft me vaak getroffen. Gaf me veel te denken. Heel wat bladzijden heb ik gemerkt, bijv. omdat ze heldere en diepmenselijke beschrijvingen bevatten van de moeilijke praktijk in 'het riteloze (p. 79) - gebied van de bestelde dood' (p. 41) waar de arts - gegeven dat elke mens zijn verhaal heeft - zijn 'gemakkelijke lezerspositie moet opgeven om het laatste en

moeilijkste hoofdstuk te helpen schrijven' (p. 133).

Op een andere plaats trof mij de uitspraak van een 96-jarige mevrouw over haar angst: 'Mijn angst is: Wat kan ik blijven. Hoeveel zal ik moeten inleveren tijdens de moeizame klim omlaag naar het graf? ... Nee, ik heb geen zorgen over wat ik nog wil worden, maar wel een verlamdende angst over wat ik nog kan blijven' (p. 135). In een notedop één van de belangrijkste conclusies uit recent vergelijkend gerontologisch onderzoek (Dittmann-Kohli, 1995). Wel steeds uitdagend in dit boek zijn de kritische reflecties op de geschiedenis en de praktijk van de hedendaagse reguliere geneeskunde waarin existentiële vragen vaak hydraulische antwoorden krijgen: 'Waarom ben ik ziek? Klep lekt. Ja, maar waarom ik? Wacht, ik roep de dominee wel even' (p. 163). Hopelijk weet de dominee een antwoord. Maar zeker is dat vandaag niet meer. De dokters, priesters en dominee's in dit boek hebben daar stevige discussies over. Hoe oneens ze het ook zijn, zij blijven met elkaar in gesprek in het verpleeghuis De Liefdeberg, want zo heet de instelling.

De ik-figuur in dit boek doet zijn werk in de schaduw van de alom tegenwoordige dood met grote liefde en met onvoorwaardelijk respect voor de wil van de patiënt, die niet eindeloos wil lijden of ontluissterd aftakelen. Daartoe creëert hij een euthanasievriendelijk klimaat door op een geruststellende wijze terminale patiënten die veel pijn lijden er op te wijzen dat hun leven tot op het einde hun leven is. Wie meent dat het leven als een boek is dat men (op hoge leeftijd) wel als uitgelezen kan beschouwen, maar waarvan men onder geen enkele voorwaarde het laatste blad zelf mag omslaan, wordt door dit boek zeker uitgedaagd om zijn opvattingen te toetsen aan de praktijk van diegenen die vanuit een andere visie oordelen en handelen.

Zelf heb ik uit deze literair-filosofische bespiegelingen heel wat kennis en inzichten opgedaan over het concrete leven en sterven in een verpleeghuis. En als een boek van dit genre als bedoeling heeft de lezer aan het denken te zetten, dan is de auteur daar, wat mij betreft, in geslaagd.

Alfons Marcoen