

# Huisarts en bejaardenonderzoek\*

DOOR DR. A. FULDAUER, HUISARTS TE HENGELO

*Inleiding.* Met de toenemende veroudering van de bevolking — 75 jaar en ouder — neemt ook het aandeel van de bejaarde patiënt in het werk van de huisarts toe. In *tabel 1* is de veroudering van de Nederlandse bevolking te zien. Het betreft niet alleen een toename van het aantal dagelijks te behandelen patiënten, maar ook een vermeerdering van de tijd die aan het werk moet worden besteed. Een bejaarde heeft meer tijd nodig om zich aan en uit te kleden. De anamnese vergt meer tijd en de verhouding visite-spreekuurbezoek ligt ongunstiger dan bij de jongere patiënten.

*Tabel 1. De relatieve toename van het aantal bejaarden in Nederland*

Leeftijd	Alle leeftijden	65 tot 69 jaar	70 tot 74 jaar	ouder dan 75 jaar	Totaal ouder dan 65 jaar
Per 31/12					
1940	100	100	100	100	100
1950	114	121	130	133	127
1962	133	163	172	202	177
1964	137	169	181	216	186

Het is een ervaringsfeit, dat de bejaarde nogal eens is geneigd aandoeningen toe te schrijven aan zijn leeftijd. Hij ziet deze als bij de leeftijd behorende ongemakken of verschijnselen, waarover men niet klaagt of „doorzeurt”. In het ergste geval heeft dit tot gevolg dat de arts, indien hij niet de tijd neemt in te gaan op mogelijke andere anamnestic belangrijke gegevens en zonder meer accepteert dat de naar voren gebrachte klacht het punt is waar het om draait, aanknopingspunten voor „verborgen gebreken” mist. Indien de patiënt doorzeurt en vooral als hij als zodanig bekend is, zal de arts begrijpelijkerwijs zijn geneigd verschillende klachten met een korreltje zout te nemen. Iedere arts kent de neurotische klagers, bij wie men zelden of nooit iets vindt, tot men op een gegeven moment voor een onaangename verrassing wordt geplaatst omdat men niet serieus op een van de vele klachten is ingegaan. „De ouderdom komt met gebreken” is een cliché-uitdrukking, die op zichzelf wel een waarheid inhoudt, maar door het gemak waarmee deze wordt gebezigd, generaliserend werkt. Hoe gauw is ook de arts geneigd te zeggen „Dat is een slijtage” of „Dat hoort bij uw

*Samenvatting.* Aan de hand van de resultaten, verkregen uit een bejaardenonderzoek door de auteur in 1963 verricht, worden verschillende afwijkingen besproken welke min of meer frequent bij bejaarden worden gevonden.

leeftijd”. Het behoeft dan ook geen verwondering te wekken dat de bejaarde zelf voor verschillende klachten of ongemakken dezelfde mening zal zijn toegedaan.

Het is uit een aantal onderzoeken (*Schreuder, Van Zonneveld*) bekend, dat bejaarden veelal aan meer dan één aandoening tegelijkertijd lijden. *Williamson* en *Fuldauer* vonden een gemiddelde van ruim drie afwijkingen per onderzochte bejaarde. *Wilson* vond in een geriatrische kliniek zelfs gemiddeld zes afwijkingen. Vooral in drukke perioden zal de huisarts zijn onderzoek beperken tot de directe klacht van de bejaarde. De behandeling zal dan ook tot deze bevinding beperkt blijven. Gezien de bovenstaande overwegingen kan men zich dan ook afvragen of de arts in zijn taak ten opzichte van de bejaarde niet tekort schiet en of hij niet aan een aantal personen uit deze kwetsbare groep een adequate behandeling onthoudt. Zulks klemt temeer daar de huidige diagnostische en therapeutische mogelijkheden juist bij de oudere mens zoveel groter zijn dan enkele tientallen jaren geleden.

Uit het bejaardenonderzoek TNO in 1957 onder leiding van *Van Zonneveld* verricht, bleek dat vele bejaarden min of meer ernstige aandoeningen hadden. Het leek interessant naar aanleiding van dit onderzoek en van de vraag, in hoeverre gevonden afwijkingen bij bejaarden behandelbaar zijn, een dergelijk onderzoek bij alle bejaarden in één praktijk te doen. Om een vergelijking met de bevindingen van het TNO-onderzoek mogelijk te maken, diende te worden uitgegaan van een vergelijkbare opstelling. Er werden 241 personen tussen 65 en 91 jaar volgens alfabetische volgorde aan een uitvoerig onderzoek onderworpen. Het onderzoek bestond, evenals het TNO-bejaardenonderzoek, uit anamnese, sociale status, geheugenproef en lichamelijk onderzoek. Slechts twee bejaarden weigerden aan het onderzoek deel te nemen. De leeftijdsverdeling van de bejaarden was ongeveer gelijk aan de leeftijdsverdeling van de bejaarden in Hengelo

\* Naar een voordracht op de in 1966-'67 gegeven cursus geriatrie voor huisartsen in het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraat te Hilversum.

en in Nederland, hetgeen blijkt uit *tabel 2*. Na de bewerking van de gevonden gegevens bleek, dat er op vrijwel alle punten een grote overeenkomst bestond met de uitkomsten van het TNO-onderzoek.

*Tabel 2. Leeftijdverdeling van personen van 65 jaar en ouder in groepen van vijf jaar per 31 december 1962.*

Leeftijd in jaren	Nederland		Hengelo		Praktijk	
	Totaal	Percentage	Totaal	Percentage	Totaal	Percentage
65 tot 69	414,447	37,4	2211	40,7	92	35,9
70 tot 74	309,205	27,9	1561	28,8	77	30,5
75 tot 79	210,978	19,1	926	17,0	44	17,2
80 tot 84	115,398	10,4	506	9,3	28	10,9
85 en ouder	57,404	5,2	228	4,3	14	5,5

*Resultaten van het onderzoek.* Het gevonden gemiddelde aantal aandoeningen bedroeg ruim drie. Een groot deel van deze aandoeningen was van degeneratieve aard. Hieronder werden gerekend artrotische veranderingen van de gewrichten, voetafwijkingen, afwijkingen van het gehoor, de visus en dergelijke. Ongeveer 40 procent van alle afwijkingen bleek mij niet bekend te zijn. Een deel van deze aandoeningen kwam door de aard ervan niet voor behandeling in aanmerking. Dit betrof het grootste deel van de reeds genoemde degeneratieve aandoeningen. Er waren echter ook andere bevindingen die tot afwijkingen van het normale moesten worden gerekend, maar die geen reden waren voor het instellen van een behandeling. Tot de belangrijkste hiervan moesten worden gerekend de prostaathypertrofie en de hypertensie. Bij 30 procent van de mannen werd een sterke graad van prostaathypertrofie gevonden. Bij geen van hen bestond er op dat moment een indicatie voor een operatieve ingreep. Wel bleek dat bij twee mannen met klachten in de anamnese en een sterke prostaathypertrofie als objectieve bevinding, ook een urineweginfectie aanwezig was. Een andere bejaarde gebruikte voor zijn benauwdheidsklachten depropine, hetgeen de oorzaak bleek te zijn van de mictieklachten.

Een diastolische bloeddruk van 100 mm Hg en hoger werd bij ruim twaalf procent van de mannen en bij zestien procent van de vrouwen aangetroffen. Een systolische druk van 200 mm Hg en hoger vond ik bij zes procent van de mannen en bij driewintig procent van de vrouwen. Er bleken echter bij deze bejaarden geen klachten in de anamnese te zijn, noch andere afwijkingen die waren toe te schrijven aan de hypertensie. Voor behandeling van een tevoren onbekende hypertensie bestond derhalve geen aanleiding. Uiteindelijk bleven er 176 afwijkingen over, waarvan een behandeling door de huisarts of de daarvoor aangewezen specialist noodzakelijk of mogelijk bleek. In *tabel 3* wordt een overzicht van deze afwijkingen gegeven.

*Tabel 3. Aard van de aandoeningen en aantal verbeteringen*

Aard aandoening	Mannen	Vrouwen	Totaal	Percentage	Verbeterd
Decompensatio cordis	2	11	13	5	12
Ontregelde diabetes	1	3	4	1,5	4
Onbekende diabetes	1	4	5	2	5
Urineweginfectie	5	21	26	10	26
Anemie	3	6	9	3,5	3
Tuberculeuze osteomyelitis	1	—	1	0,5	1
Kolpitis senilis	—	8	8	3,5	8
Huidcarcinoom	1	—	1	0,5	1
Eczeem	2	—	2	1	1
Hardhorendheid	8	6	14	6	5
Cerumen	36	27	63	26	21
Visusafwijkingen	17	12	29	12	16
Voetafwijkingen	—	3	3	1	1
Totaal	77	101	178		104

*Bespreking van de afwijkingen en de behandeling ervan.* Bij een nadere beschouwing van de aard van de afwijkingen blijkt, dat deze afwijkingen in twee groepen kunnen worden ingedeeld. Een groep omvat de interne aandoeningen, die voor het lichamelijke welzijn van de bejaarde van belang zijn. De andere groep omvat een aantal aandoeningen die vooral van belang zijn voor het sociale contact van de bejaarde. Indirect hebben beide groepen invloed op het psychische welbevinden. Deze invloed is bij bejaarden groter dan bij personen in de jongere leeftijdsgroepen; schijndementie en depressieve toestanden bij bejaarden zijn vaak terug te voeren op een lichamelijke aandoening, die hetzij een directe invloed heeft op het cerebrum dan wel door een moeizaam verloopend sociaal contact via vereenzaming tot psychische aberraties leidt (*Cahn*).

*Interne aandoeningen.* Hierbij moet in de eerste plaats worden genoemd de insufficiëntia cordis, die bij vijf procent van de bejaarden werd gevonden. Van de dertien patiënten van insufficiëntie waren negen als zodanig bekend. Zij waren echter niet op tijd voor een controle teruggekomen; zij hadden dientengevolge niet voldoende of in het geheel geen medicijnen meer, waardoor zij min of meer ernstige decompensatieverschijnselen vertoonden.

De zo noodzakelijke controle is een van de problemen bij een adequate behandeling van bejaarde patiënten. Of de huisarts moet op regelmatige tijden aan huis komen of de bejaarde moet op regelmatige tijden het spreekuur van zijn arts bezoeken. Het eerste vergt, vooral in drukke perioden, veel van de huisarts, met het gevolg dat het er nog wel eens bij zal inschieten. Het regelmatige spreekuurbezoek is voor de bejaarde soms een grote belasting. Grote afstanden tot de praktijk en lange en daardoor belastende wachttijden schrikken de bejaarde af. Een aantal van de bejaarden ziet de noodzaak voor een regelmatige controle ook niet in. Zolang er geen hinderlijke klachten zijn, meent

men wel te kunnen wachten en minder te kunnen innemen dan is voorgeschreven. De vergeetachtigheid speelt hierbij uiteraard ook een rol.

Men dient bij de behandeling van zijn bejaarde patiënten derhalve de nadruk te leggen op de noodzaak van een regelmatige controle. Een verlichting van de taak van de huisarts en een betere nazorg zouden kunnen worden verkregen door inschakeling van de wijkverpleegster.

*Diabetes.* Het aantal ouderen dat aan diabetes lijdt is aanzienlijk groter dan het aantal diabetici onder de 65 jaar (*Agate*). Bij het onderzoek werden vijf bejaarden gevonden die een tevoren onbekende diabetes hadden; dit is twee procent van alle bejaarden uit de praktijk. Van 3,8 procent was bekend dat zij aan diabetes leden. Bij vier bejaarden bleek de diabetes bovendien te zijn ontregeld, doordat zij zich aan een geregelde controle hadden onttrokken. Anamnestic leverde het ontdekken van een diabetes moeilijkheden op. Het bekende klachtenpatroon, waarbij dorst en jeuk voorop staan, werd door geen van de bejaarden spontaan geuit. De vraag of er dorst bestond werd door drie bejaarden bevestigend beantwoord. Slechts één patiënte gaf aan jeuk te hebben. Wel leden alle vijf diabetespatiënten aan obesitas.

Ook het aantonen van diabetes bij bejaarden blijkt niet eenvoudig te zijn. Zij hebben een verhoogde nierempel voor glucose, hetgeen tot gevolg heeft dat er een vrij ernstige diabetes kan bestaan zonder dat er glucosurie aanwezig is. Dit bleek in het bijzonder bij het onderzoek door middel van de glucose tolerantietest. Ondanks een hoog bloedsuikergehalte bevatte de urine minder dan een procent glucose bij twee bejaarden. *Van den Dool* gaf aan dat men voor het onderzoek op glucosurie moet gebruik maken van de urine, geloosd anderhalf tot twee uur na de maaltijd. Het lijkt juister dit onderzoek bij bejaarden te doen nadat 30 tot 50 g suiker is ingenomen (ongeveer twee lepels).

*Urineweginfecties.* Urineweginfecties bij bejaarden blijken eveneens weinig of geen subjectieve klachten te veroorzaken. Hoewel slechts twee procent van de mannen en zeven procent van de vrouwen bij het opnemen van de anamnese klachten uitten over de mictie, bleek dat vijf procent van de mannen en zeventien procent van de vrouwen een manifeste urineweginfectie had. De klachten kwamen ook hier pas aan het licht bij het ondervragen, zij werden niet spontaan medegedeeld. Zou het onderzoek niet hebben plaatsgevonden, dan zou het wellicht lang hebben geduurd voordat deze patiënten hulp voor deze aandoening hadden ingeroepen. In hoeverre deze chronische ontstekingen tot irreversibele nieraandoeningen kunnen leiden is objectief moeilijk aan te tonen. Het is wel bekend dat vele bejaarden sterven aan een chronische pyelonefritis en dat men bij obductie in een

groot aantal der gevallen verschijnselen hiervan vindt (*Woodford-Williams*).

Het is noodzakelijk deze urineweginfecties goed onder controle te houden. Men ziet regelmatig een recidief optreden. Dit bleek ook bij een voortgezette controle na het onderzoek. Bij een aantal bejaarden, bij wie tijdens het onderzoek slechts enkele leukocyten in het sediment werden gevonden, bleek na verloop van tijd toch een manifeste urineweginfectie aanwezig te zijn. Bij een aantal patiënten werd een combinatie van diabetes en urineweginfectie vastgesteld.

*Anemie.* Veelvuldig wordt bij bejaarden een anemie aangetroffen (*Van Zonneveld, Agate*). De aantallen lopen uiteen, niet in het minst doordat de auteurs vrijwel allen verschillende getallen als grenswaarde hanteren. Ook op hoge leeftijd blijken de gemiddelde hemoglobinewaarden bij mannen en vrouwen te verschillen: voor vrouwen blijkt deze waarde ongeveer 1 g% lager te liggen. De grens voor anemie bij bejaarden kan worden getrokken bij 12,5 en 11,5 g%. De oorzaak moet veelal worden gezocht in een bloeding in de tractus digestivus, waarbij men moet denken aan een hernia diafragmatica, een ulcus en een tumor. Een onbekende chronische infectie en anaemia perniciosa dienen echter ook in overweging te worden genomen. Uit bovengenoemde uitkomsten blijkt eens te meer dat niet volstaan mag worden met een behandeling van de anemie zonder voorafgaand onderzoek naar de oorzaak.

*Niet-interne aandoeningen.* Tot de groep van aandoeningen en afwijkingen die niet direct de gezondheid belagen, maar die wel van belang zijn voor het sociale contact, behoren kolpitis senilis, hardhorendheid, visusafwijkingen en voet- en gewrichtsafwijkingen.

*Gynaecologische afwijkingen: geslachtsverkeer.* De kolpitis senilis die bij 3,5 procent van de vrouwen werd aangetroffen geeft aanleiding tot fluor. Deze is met behulp van oestrogenen bevattende vaginaaltabletten en eventueel met een oraal, oestrogenen bevattend preparaat, vrij snel tot verbetering te brengen. Fluor kan ook worden veroorzaakt door een decubitus van de vaginaalwand tengevolge van een vergeten ringpessarium. Bij drie vrouwen bleek het ringpessarium langer dan een half jaar niet te zijn verschoond. De fluor kan aanleiding geven tot het ontstaan van een onaangename reuk, vooral daar oudere vrouwen geneigd zijn doeken te gaan dragen, die niet voldoende worden verschoond. Dit kan dan weer leiden tot een verminderd sociaal contact, uitgaande hetzij van de betrokkene, hetzij van anderen die de betrokkene gaan mijden. De vaginale hygiëne kan voor de onderlinge verhouding van de bejaarde echtparen een belangrijke rol spelen.

Eén van de vragen bij het opnemen van de sociale status betrof het seksuele contact tussen bejaar-

de echtparen. Het bleek dat bijna 50 procent van de bejaarde echtparen nog min of meer regelmatig geslachtsverkeer had, ruim tien procent zelfs minstens éénmaal per twee weken. Ruim 30 procent van de vrouwen tussen 65 en 80 jaar bleek min of meer regelmatig te cohabiteren. Na het tachtigste jaar bleek geen van de echtparen meer seksueel contact te hebben. Dit is mede daarom van belang, dat men er op verdacht dient te zijn dat een prolapsoperatie niet tot een dusdanige vernauwing van de schede leidt, dat seksueel contact onmogelijk wordt. Een andere consequentie is dat bij het geven van oestrogenen aan mannen met mictiebezwaren wel degelijk met de mogelijkheid van regelmatig geslachtsverkeer rekening moet worden gehouden.

*Gehoorafwijkingen.* Hardhorendheid is een veel voorkomende klacht en bevinding bij bejaarden. Bij alle veertien patiënten met hardhorendheid uit tabel 3 werd het onderlinge contact door het slechte gehoor erg bemoeilijkt. Allen waren bereid een audiologisch onderzoek te ondergaan. Bij slechts 30 procent van deze bejaarden bleek een gehoorprothese een aanvaardbare verbetering van het gehoor te geven. Ook *Van der Waal* komt tot dit getal. Het is derhalve van belang geen te grote verwachtingen te scheppen bij de hardhorende bejaarden en niet te zeer aan te dringen indien er geen bereidheid tot het gebruik van een gehoorprothese bestaat. De teleurstelling zal anders mogelijk des te groter zijn.

Een gehoorprothese blijkt daarom vaak tegen te vallen, omdat het verstaan in een groot gezelschap bemoeilijkt wordt door de vele bijgeluiden. De bejaarde kan vaak niet de wil en kracht opbrengen om door te zetten en eraan te wennen. Niet zelden zal men na verloop van tijd het gehoorapparaat in de kast zien liggen, omdat een klein mankement of de moeizame aanpassing de drager heeft afgeschrikt. Een goede nacontrole en een regelmatige „follow-up” is bij vele bejaarden een conditio sine qua non voor een bevredigend gebruik van het gehoorapparaat. Ook hier kan de wijkverpleegster, mits goed geïnstrueerd, een belangrijke rol spelen. Dat bij 21 personen door het verwijderen van cerumenproppen zowel subjectief als objectief een verbetering van het gehoor werd verkregen, is een reden de gehoorgang regelmatig te inspecteren.

*Gewrichtsafwijkingen.* De artrose van de gewrichten, in het bijzonder van de knieën, dwingt de bejaarde vaak tot aanzienlijk verminderde beweeglijkheid of zelfs immobiliteit en daardoor weer tot verminderd sociaal contact. Dit kan weer leiden tot vereenzaming en een snelle, sterke terug-

gang van geestelijke vermogens. De huisarts kan met behulp van fenylbutazonpreparaten of hydrocortisoninjecties vaak op effectieve wijze hulp bieden. Minder dan bij jongeren kan men bezwaren opperen tegen bepaalde therapieën die gevaren kunnen opleveren. Het criterium in het medische handelen bij de bejaarde dient in eerste instantie te zijn het leven levenswaardig te maken. Dit houdt aan de ene kant in dat men medische handelingen bij bejaarden zal moeten nalaten indien deze niet strikt noodzakelijk zijn of door de bejaarde niet worden gewenst. Aan de andere kant zal de arts bij zijn bejaarde patiënten meer risico's moeten en mogen nemen dan bij jongere, zelfs indien een en ander maar een tijdelijke en gedeeltelijke verbetering zou meebrengen.

*Conclusie.* Bij bejaarden blijken vrij frequent een aantal aandoeningen voor te komen die kunnen leiden tot een vermindering van de gezondheidstoestand. Op zijn beurt kan deze verminderde gezondheidstoestand weer leiden tot een verminderd sociaal contact en daardoor tot vereenzaming van de bejaarde, waardoor psychische stoornissen in de hand worden gewerkt. De huisarts moet bij zijn bejaarde patiënten verdacht zijn op het vóórkomen van bepaalde aandoeningen waarover de patiënt niet klaagt. Meer dan bij een jongere patiënt zal de huisarts zich bij elk contact met een van zijn bejaarde patiënten dienen af te vragen of er niet een of andere aandoening aan zijn aandacht is ontsnapt. Hij zal, indien mogelijk, met behulp van de wijkverpleegster, een weg moeten vinden op zo effectief mogelijke wijze een regelmatige controle van bepaalde bejaarde patiënten te verzekeren.

*Summary.* Family doctor and the study of the aged. On the basis of results obtained in a study of the aged which the author carried out in 1963, this paper discusses various abnormalities found more or less frequently in aged individuals.

- Agate, J., (1963). The practice of geriatrics, Heinemann, London.
- Cahn, L. A., (1964). Psychiatrische problemen van de oude dag, Mouton, Den Haag.
- Dool, C. W. A. van den, (1960), Academisch proefschrift, Stenfert Kroeze, Leiden.
- Schreuder, J. Th. R., (1955), De verpleging van chronisch zieke bejaarden, Ver. Ned. Gem. Blauwe Reeks, no. 18, Den Haag.
- Waal, J. van der, (1962), Academisch proefschrift, Leiden.
- Williamson, J., (1962), Lancet I, 1117.
- Wilson, L. A., (1962), Lancet II, 841.
- Wooford-Williams, E., (1960), Brit. J., clin. Pract., 14, 351.
- Zonneveld, J. van, (1961), The health of the aged, Van Gorcum, Assen.
- Fuldauer, A., (1966), Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift. Leiden.