

Huisartsgeneeskundige zorg in het verzorgingshuis

Een vergelijkende studie naar de zorg van de huisarts voor bewoners van verzorgingshuizen en ouderen die zelfstandig wonen

E. de Lange^a, W.J. van der Veen^b, G.Th. van der Werf^a

Primary care in homes for the elderly

Dutch GP's (General Practitioners) take care of people living in homes for the elderly. The population of these homes is selected on the basis of poor functioning on ADL (activities of daily living). We expected to find a group of elderly people within these homes that need more complex primary care. We describe the characteristics of care for an institutionalized elderly population and compare these to the care provided to their independently living peers. The design of this study is a matched case-control study in a Dutch General Practice in the study period 1/1/1998 to 1/7/2004.

Our main results show that the rate of cognitive problems is two times, the prevalence of depression even three times higher in older people living in a home for the elderly than in those who live independently. Locomotory problems are a frequent problem in homes for the elderly. Rates of chronic pulmonary problems, atherosclerosis-related diseases and urinary tract infection are higher, whereas no significant differences for CVA, diabetes and cancer were found. Institutionalized older patients use more different types of medication. GP's do not have more contacts with people living in a home for the elderly than with older people living independently.

We conclude that people living in homes for the elderly have complex problems, and need special attention for their specific vulnerability. Differences in care are not primarily explained by chronic disease but by problems with mobility, confusion, depression and cognition.

Keywords: homes for the aged, polypharmacy, frailty, cognition disorders, loneliness

Tijdschr Gerontol Geriat 2008; 39: 107-114

^a Academische Huisartsenpraktijk Groningen, huisarts

^b Universitair Medisch Centrum, Rijksuniversiteit Groningen, disciplinegroep huisartsgeneeskunde, demograaf en epidemioloog

Correspondentie: E. de Lange, Hanzeplein 1, Postbus 880, 9700 AW Groningen; Tel: 050 3121289; E-mail: e.de.lange@ahg.umcg.nl

Samenvatting

Een deel van de Nederlandse huisartsenzorg bestaat uit zorg voor ouderen in verzorgingshuizen. We vergelijken de huisartsenzorg aan patiënten in deze verzorgingshuizen met die aan leeftijdsgenoten die zelfstandig, buiten het verzorgingshuis, wonen. Omdat mensen langer zelfstandig wonen en de indicatiestelling voor plaatsing in een verzorgingshuis op basis van slecht functioneren in ADL gebeurt, verwachtten we een groep ouderen te vinden in het verzorgingshuis die meer complexe zorg behoeft van de huisarts. Het onderzoek is een 'matched case-control'-studie in 3 Nederlandse huisartspraktijken in de periode 1/1/1998 tot 1/7/2004.

De belangrijkste resultaten zijn dat de prevalentie van cognitieve problemen twee keer zo hoog en de prevalentie van depressie drie keer zo hoog is in de groep verzorgingshuisbewoners vergeleken met hun zelfstandig wonende leeftijdsgenoten. Problemen van het bewegingsapparaat worden ook veel gezien in de verzorgingshuizen. Chronische longproblemen, hart- en vaatziekten (excl. CVA) en urineweginfecties komen meer voor, maar CVA, diabetes en kanker komen juist evenveel voor binnen en buiten het verzorgingshuis. Geïntitutionaliseerde ouderen gebruiken gemiddeld meer medicamenten tegelijkertijd.

De conclusie is dat de huisarts in het verzorgingshuis te maken heeft met een specifieke kwetsbare groep ouderen waarbij de zorg niet beperkt is tot de behandeling van chronische aandoeningen, maar meer gericht is op het complexe samenspel van ziekte, afnemende functionele en cognitieve status en het levensperspectief van kwetsbare ouderen in het verzorgingshuis.

Trefwoorden: ouderen; complexe zorg; verzorgingshuizen; huisartsenzorg; polyfarmacie

Inleiding

De zorg voor ouderen is complex, want zij lijden vaak aan meerdere ziekten, gaan functioneel achteruit en ze gebruiken veel verschillende medicijnen tegelijkertijd. Dit geldt met name voor kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid wordt goed omschreven volgens een definitie van Rockwood: "Een broze gezondheid die voortkomt uit het complexe samenspel tussen medische en maatschappelijke problemen en die geleid heeft

tot functionele beperkingen en tot afname van weerbaarheid om adequaat op stress te kunnen reageren".¹

De kwetsbaarheid van ouderen, de omvang van hun zorgvraag en de mate waarin zij zelfredzaam zijn, lopen van individu tot individu zeer uiteen. In West-Europese landen, en ook in Nederland streven ouderen er naar zo lang mogelijk in hun eigen huis een onafhankelijk bestaan te leiden. Dat wordt mogelijk gemaakt door omvangrijke thuiszorg en mantelzorg. Een ontwikkeling die waarschijnlijk hiermee samenhangt is dat de bewoners van aanleunwoningen, verzorgings- en verpleeghuizen zorgbehoevender zijn geworden.² De beslissing over plaatsing in deze instellingen wordt genomen door indicatiecommissies die zich vooral baseren op een oordeel over de dagelijkse huishoudelijke activiteiten (ADL).^{3,4} Indicatie geschiedt vaak bij uitgebreide behoefte aan hulp bij persoonlijke verzorging en huishouden. De kwetsbaarheid die ten grondslag ligt aan slechter functioneren is vaak het resultaat van een verslechterde gezondheidstoestand: er is een samenhang gevonden tussen mate van co-morbiditeit, vereenzaaming, het oordeel over de eigen gezondheid en een hogere kans om opgenomen te worden in een verzorgingshuis of verpleeghuis.^{5,6} Een beroerte, dementie en een gebroken heup blijken vaker dan andere aandoeningen tot een opname te leiden omdat zij een negatieve invloed hebben op de onafhankelijkheid, de mobiliteit en het kunnen onderhouden van sociale contacten.⁷ Het verband tussen diabetes, een hartinfarct, artrose en COPD en opname in een verzorgingshuis is veel zwakker.⁸ Oudere mensen die meer risico lopen om in een verzorgingshuis of ziekenhuis te worden opgenomen lijken vaker te vallen, incontinent te zijn en cognitief te verslechteren.⁹

Aan Nederlandse verzorgingshuizen is geen medische staf verbonden: mensen die in een verzorgingshuis wonen, krijgen medische zorg van hun eigen huisarts. Er werken verzorgenden en geen verpleegkundigen (tenzij in een speciale toegevoegde functie). In dit artikel doen we verslag van een onderzoek naar kenmerken van de zorg van de huisarts aan bewoners van verzorgingshuizen, waarbij de aandacht uitgaat naar ziektepatronen, voorschrijven van medicatie, complexiteit van de problematiek (uitgedrukt in co-morbiditeit en co-medicatie) en het aantal contacten. We vergelijken de kenmerken van zorg voor ouderen die in het verzorgingshuis wonen (de onderzoeksgroep) met een naar leeftijd en geslacht vergelijkbare groep ouderen die zelfstandig, dus niet in een instelling, woont (de controlegroep). Voor zover we weten is dergelijk onderzoek naar de kenmerken van de huisartsenzorg in verzorgingshuizen niet eerder uitgevoerd. Van der Scheer et al. voerden dergelijk onderzoek uit in beschermde woonvormen.¹⁰ Ze vonden een hoger geneesmiddelgebruik maar geen hogere contactfrequentie. In

een Brits onderzoek vond men wel een hogere contactfrequentie van de huisarts met 'nursing home residents',¹¹ maar het is niet duidelijk in hoeverre deze populatie met onze verzorgingshuispopulatie te vergelijken is. Vanuit de samenhang tussen selectiever wordende opnamecriteria en verslechtering van dagelijks functioneren verwachten we dat de zorg die de huisarts aan ouderen in verzorgingshuizen geeft complexer zal zijn, met meer co-morbiditeit, comedicatie en een hogere contactfrequentie dan in de controlegroep.¹²

Methoden

We gebruikten registratiegegevens van huisartsen die deelnemen aan het Registratie Netwerk Groningen RNG.^{13,14} De onderzoeksperiode liep van 1 januari 1998 tot 1 juli 2004. We onderzochten de gegevens over de zorg die drie huisartsen, werkzaam in één groepspraktijk in de stad Groningen, geven. De huisartsen leveren reguliere zorg, vaak in samenspraak met de verzorgenden van de verzorgingshuizen, telefonisch dan wel tijdens een visite. Het ging om de huisartsenzorg voor ouderen in drie verzorgingshuizen, vergeleken met huisartsenzorg voor hun leeftijdsgenoten. De huisartsen registreren hun morbiditeit geautomatiseerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC)¹⁵ en ze voorzien ook hun prescripties van een ICPC-code als indicatie. De voorschriften worden automatisch geclassificeerd met een Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) code.¹⁶ Er werd een onderzoekspopulatie geselecteerd van patiënten uit de groepspraktijk die aan het begin van de onderzoeksperiode in één van de drie verzorgingshuizen woonde dan wel daar vanaf die datum tot uiterlijk 31 december 2003 was komen te wonen. In één van de huizen woont een groep patiënten die voor hun opname in een psychiatrische kliniek verbleef. Deze groep is wel geïnccludeerd, maar afzonderlijk geanalyseerd. Elke patiënt uit de verzorgingshuizen is gerandomiseerd gekoppeld aan een naar geslacht, geboortjaar (plus of min een jaar) en datum van inschrijving in de praktijk vergelijkbare groep van patiënten die zelfstandig woonden. Deze zelfstandig wonende groep bestaat uit patiënten die niet in een verpleeg- of verzorgingshuis wonen. Het is wel mogelijk dat zij uitgebreide mantel- en/of thuiszorg ontvangen. De observatieperiode voor ieder paar begint op het moment waarop de bewoner in het verzorgingshuis is komen te wonen of op 1 januari 1999 als de patiënt er op dat moment al woonde en eindigt op de laatste dag van de studieperiode (1 juli 2004) of op de dag van vertrek uit de praktijk of van overlijden van hetzij de verzorgingshuisbewoner hetzij de

controlepatiënt. De maximum observatieperiode is daarom ten hoogste 6 ½ jaar per paar, maar kan als gevolg van latere intrede of eerder vertrek of overlijden korter zijn.

We hebben medische gegevens in onze analyse opgenomen, voorzover de daarmee samenhangende gebeurtenissen, zoals consult of huisbezoek, voorschrift en verwijzing, binnen de onderzoeksperiode vielen. Voor long-aandoeningen, artrose en depressie onderzochten we uitsluitend de groep patiënten aan wie daarvoor medicatie was voorgeschreven. Tot de groep 'patiënten met een chronische longziekte' rekenen we ook patiënten aan wie vaker dan eens per jaar een prednisolonkuur werd voorgeschreven op indicatie van een longaandoening. De verschillen tussen de onderzoeks- en controlegroep zijn geanalyseerd met 'matched-pairs analysis' in 'SPSS 12 for Windows'. We tonen percentages patiënten en betrouwbaarheidsintervallen op basis van 'paired-samples T-tests' voor de verschillende variabelen.

Een aantal onderzoekspatiënten kon niet worden gekoppeld. De belangrijkste reden daarvoor is de soms zeer hoge leeftijd. Er waren niet altijd voldoende controlepatiënten te vinden die op hoge leeftijd nog zelfstandig woonden. De resultaten voor deze ongekoppelde groep zijn apart vermeld.

Resultaten

Tijdens de onderzoeksperiode woonden 218 patiënten uit de praktijk in één van de drie verzorgingshuizen. We konden aan deze onderzoekspatiënten 176 controlepatiënten koppelen die nog zelfstandig woonden. Bij 42 patiënten uit de onderzochte groep was geen geschikte controlepatiënt te vinden en mislukte de koppeling. De leeftijden van de gekoppelde patiëntenparen lagen voor het grootste deel tussen 75 en 90 jaar. De meeste niet gekoppelde patiënten behoorden tot de oudste leeftijdsgroep. Vierenveertig onderzoekspatiënten uit de groep gekoppelde patiënten woonden aan het begin van de onderzoeksperiode al in het verzorgingshuis (we noemen dit de 'prevalente' groep). De overige 132 verhuisden tussen begin 1998 en eind 2003 naar het verzorgingshuis (de 'incidente' groep). Meer dan 70% van de bewoners is van het vrouwelijke geslacht. Bijna de helft van de zelfstandig wonenden woonde samen; in het verzorgingshuis was dat slechts bij een enkeling het geval. De gemiddelde observatieperiode is kort, zeker gezien de mogelijk maximale duur van 6 ½ jaar: dat komt door de vele instromers en door het hoge aantal overledenen gedurende de onderzoeksperiode.

Tabel 1 Karakteristieken van de populaties.			
<i>leeftijdscategorie</i>	<i>studie-populatie</i>	<i>controle-groep</i>	<i>niet-gematcht</i>
65-69	8	8	0
70-74	26	26	0
75-79	41	41	0
80-84	42	42	9
85-89	41	41	18
90+	18	18	15
N	176	176	42
% vrouw	71,6	71,6	95,2
aantal observatiejaren (gemiddeld)	2,0	2,0	3,2
% samenwonend	6,8	47,7	

Tabel 2 laat de uitkomsten van de ‘matched-pairs analyses’ zien ten aanzien van de geregistreerde morbiditeit. De verschillen met de groep psychiatrische patiënten zijn gering en we laten ze hier dan ook niet zien. Diabetes en CVA komen iets, maar niet significant vaker voor in de onderzoeksgroep. Er is geen verschil gevon-

den tussen de beide groepen in het voorkomen van maligne aandoeningen, van artrose in combinatie met het gebruik van NSAID's en van botbreuken. Chronische longproblemen komen onder bewoners van het verzorgingshuis twee maal zo vaak voor als bij zelfstandig wonenden.

Tabel 2 Morbiditeit in de populaties: resultaten van de matched-pairs analyse.				
aandoeningen	<i>gematchte groep</i>			<i>niet-gematcht</i>
	<i>studie-populatie (%)</i>	<i>controle-groep (%)</i>	<i>verschil (%) [95% C.I.]</i>	<i>(%)</i>
Diabetes	22	15	6,3 [-1,9; 14,4]	12
Longziekten	21	11	9,7 [1,8;17,6]*	24
Hart- en vaatziekten	45	34	11,9 [1,7;22,1]*	52
CVA	19	13	5,7 [-1,4;12,7]	26
Kanker	8	8	0,0 [-5;5]	17
Artrose	2	4	-2,3 [-5,8;1,3]	10
Fracturen	12	11	0,6 [-6,1;7,2]	31
Aandoeningen bewegingsapparaat	15	2	13,1 [7,3;18,8]*	24
Incontinentie/urinewegsinfecties	48	25	23,3 [13,5;33,1]*	71
Cognitieve stoornissen	20	11	9,1 [1,6;16,6]*	26
Depressie	18	5	12,5 [5,8;19,2]*	19

* significant bij $p < 0,05$

Cardiale problemen komen vaker voor bij bewoners van het verzorgingshuis, maar de prevalentie was ook in de controlegroep hoog (34%). Psychologische problemen (depressie en cognitief verval) kwamen vaker in het verzorgingshuis voor, waarbij de groep psychiatrische patiënten daar, verrassend genoeg, geen invloed op had. Incontinentie voor urine en urineweginfecties kwamen veel vaker voor in de verzorgingshuizen dan daarbuiten. De huisartsen zagen in het verzorgingshuis regelmatig problemen van het bewegingsapparaat, en slechts zelden bij controlepatiënten. Bijna alle hier vermelde uitkomsten kwamen bij de ongekoppelde groep patiënten nog vaker voor dan bij de groep gekoppelde verzorgingshuispatiënten.

De resultaten van de vergelijking van medicatiegebruik worden getoond in tabel 3. We zien hier grotendeels het zelfde patroon als we zagen in de analyse van de morbiditeit. De verschillen tussen beide groepen bij medicatie die voorgeschreven is op indicatie van affectieve en

cognitieve problematiek en verwardheid zijn zelfs nog groter dan bij de morbiditeit. Er wordt aan de bewoners van het verzorgingshuis vaker antipsychotica, benzodiazepinen, antidepressiva en antibiotica voorgeschreven, maar we vonden geen verschillen in prescriptie voor cardiale en pulmonale problematiek en voor diabetes. NSAID's worden vaker voorgeschreven aan mensen buiten het verzorgingshuis.

In tabel 4 wordt een samenvattend overzicht van mortaliteit, medicatiegebruik, contactfrequenties en verwijzingen gegeven. De resultaten suggereren opnieuw een complexere zorg met meer co-medicatie in de verzorgingshuizen. Deze grotere complexiteit leidt echter niet tot een hogere contactfrequentie of meer verwijzingen. Bijna de helft van de patiënten in het verzorgingshuis overleed tijdens de onderzoeksperiode, vergeleken met iets meer dan een derde van de zelfstandig wonenden. Een deel van de contacten in het verzorgingshuis betreft dus waarschijnlijk zorg rond het levenseinde.

Tabel 3	Medicatiegebruik: resultaat van de matched-pairs analyse.			
		gematchte groep		
medicatietype	studie-populatie (%)	controle-groep (%)	verschil (%) [95% C.I.]	%
NSAID	29	38	-8,5 [-18,3;1,3]	40
Paracetamol	46	33	13,1 [2,9;23,3]*	67
Diabetesmedicatie	22	15	6,3 [-1,9;14,4]	12
Astma/COPD-medicatie	15	11	3,4 [-3,7;10,5]	17
Cardiaca	67	64	2,8 [-6,8;12,4]	74
Antacida	23	16	6,8 [-1,7;15,3]	38
Antibiotica	63	36	26,1 [15,7;36,6]*	74
Antipsychotica	25	5	19,9 [12,8;27,0]*	40
Benzodiazepines	26	15	10,2 [2,6;17,9]*	24
Antidepressiva	23	7	16,5 [9,3;23,6]*	33

* significant bij $p < 0,05$

Tabel 4 Overzicht van polyfarmacie, contactfrequentie, verwijzingen en mortaliteit: resultaten van de matched-pairs analyse.

	gematchte groep			niet-gematcht
	studie-populatie	controle-groep	verschil [95% C.I.]	
Aantal verschillende medicamenten	8,5	6,3	2,1 [1,2;2,9]*	10,0
Percentage dat meer dan 4 verschillende medicamenten gebruikt	77%	65%	11,3 [2,7;20,1]*	90%
Aantal huisartsconsulten en -visites	12,4	11,5	0,9 [-1,7;3,5]	20,9
Aantal specialistenverwijzingen	0,9	1,0	-0,0 [-0,3;0,2]	1,1
Mortaliteit**	48%	36%	12,5 [3,2;23,3]*	76%

* significant bij $p < 0,05$

** mortaliteit gemeten tot het einde van de studieperiode

Discussie

Mensen die in een verzorgingshuis wonen hebben meer chronische ziekten, gebruiken meer medicatie en overlijden eerder dan mensen die zelfstandig wonen. Ons onderzoek bevestigt het beeld dat bewoners van het verzorgingshuis een kwetsbare groep vormen met complexe problemen die andere zorg krijgt dan mensen die zelfstandig wonen. Die kwetsbaarheid blijkt vooral uit de hogere frequentie van problemen met mobiliteit, verwardheid, depressie en intellectueel verval en niet zo zeer uit meer zorg gericht op chronische ziekte.

Met huisartsgeneeskundige gegevens bleek het mogelijk een duidelijk beeld te schetsen van het brede scala aan ziekten en zorg waar de huisarts zich in zijn dagelijkse praktijk in het verzorgingshuis mee bezighoudt.

Op de representativiteit van deze studie is misschien af te dingen. Onze bevindingen komen voort uit een gedetailleerde analyse van zorggegevens van een kleine populatie waarbij een vergelijking met een controlegroep ons belangrijkste oogmerk was. Enkele eigenschappen van het RNG en van de bestudeerde verzorgingshuizen maken dat onze resultaten toch goed generaliseerbaar kunnen zijn naar andere situaties waar huisartsen zorg in het verzorgingshuis leveren. De huisartsen van het RNG hebben ieder de patiënten op hun eigen naam ingeschreven en de registratie van de zorg voor de (heterogene) populaties van de drie huisartsen verloopt volgens vaste afspraken en is sinds jaren goed gedocumenteerd.^{13,14} De drie verzorgingshuizen hebben van origine uiteenlopende achtergronden (respectievelijk katholiek, protestants en socialistisch), worden ook nu door verschillende

organisaties beheerd en zijn in verschillende delen van de stad Groningen gelokaliseerd.

Onze conclusies over kwetsbaarheid en dagelijks functioneren vragen om enige terughoudendheid. Ze zijn gebaseerd op registratie van aandoeningen voor zover ter sprake gebracht in het contact met de huisarts of relevant geacht voor de zorg of behandeling, en komen niet voort uit direct onderzoek gericht op diagnostiek van psychisch, motorisch en sociaal functioneren. Onze conclusies aangaande artrose zijn hier een voorbeeld van, want deze aandoening wordt met name pas geregistreerd als er medicatie voor nodig is. Ook wordt dementie vooral in gevallen dat een patiënt delirant wordt, of als een partner de zorg niet meer aankan, geregistreerd. Milde vormen van dementie waarbij de zorg van de huisarts niet geboden is blijven buiten het (electronisch) dossier van de patiënt. Bovendien zijn niet alle patiënten gematcht, en onze resultaten voor de ongekoppelde groep suggereren dat de verschillen nog groter zouden zijn als we alle studiepatiënten hadden kunnen vergelijken met zelfstandig levende ouderen.

Ons onderzoek laat zien dat depressie, cognitieve achteruitgang en verwardheid het belangrijkste verschil vormen tussen mensen binnen en buiten het verzorgingshuis. Dat het kenmerkende onderscheid tussen beide groepen vooral de geestelijke gezondheid betreft blijkt ook heel duidelijk uit de frequentie van het voorschrijven van antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepinen. Van der Scheer et al. komen in hun onderzoek naar ouderen in beschermde woonvormen tot vergelijkbare resultaten.¹⁷ Bowman et al. vinden in hun verzorgingshuizen eveneens vooral verwarde, vergeetachtige en gedeprimeerde ouderen,¹⁸ en Williams et al. alsook Lakey et al. beschrijven een frequent gebruik van

psychofarmaca in Amerikaanse verzorgingshuizen.^{19,20} Een beperking van de studie is dat, vanwege de betrouwbaarheid van de registratie, alleen de medicamenteus behandelde depressies meegenomen zijn in de getallen. We hebben geen redenen om aan te nemen dat in een van beide groepen meer medicamenteus behandeld wordt.

De Longitudinal Aging Study Amsterdam kon een verband leggen tussen het voorkomen van een aantal chronische ziekten (longziekten, artrose, hartziekten en maligniteiten) en depressie bij ouderen die zelfstandig woonden, onafhankelijk van hun lichamelijke beperkingen.²¹ Misschien hangt het vaker voorkomen van depressie in het verzorgingshuis dus ten dele samen met onze bevinding, dat hart- en longziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat vaker voorkomen.

Het meest opvallende verschil in ons onderzoek was dat bijna de helft van de mensen die zelfstandig woonden, samenwoont met een partner, terwijl dat in verzorgingshuizen maar amper voorkomt (6,8%). Dat past bij een conclusie van Rockwood dat vereenzaming of het alleen moeten voeren van een huishouding vaker opname in een vorm van beschermd wonen noodzakelijk maken.⁵ Devroey et al. vinden vlak voor opname in een psychiatrische inrichting, verpleeg- of verzorgingshuis dat 57 % van de mensen alleen woont, met belangrijkste redenen van opname problemen met ADL, verpleegbehoefte, somatische ziekte, dementie of overbelasting van de mantelzorg.²² Het is aannemelijk dat mensen met een invaliderende aandoening zoals bijvoorbeeld CVA of dementie nog lang zelfstandig wonen zolang er een partner is. Dementie wordt soms pas door de huisarts gezien en geregistreerd nadat een partner overlijdt.

Tegen onze verwachting in registreerden de huisartsen niet meer contacten met mensen die in het verzorgingshuizen wonen, net als van der Scheer et al.¹⁰ Misschien is een frequenter telefonisch contact tussen de huisarts en de verzorging daar debet aan. Die telefonische contacten worden niet betrouwbaar geregistreerd. Waarschijnlijk lost de verzorging een aantal problemen zelf op. Aan de andere kant kunnen we ons ook voorstellen dat in dit contact soms ook problemen aan de orde komen die mensen die zelfstandig wonen niet aan de huisarts voorleggen. Dat bij mensen in het verzorgingshuis vaker urineweginfecties en incontinentie voor urine wordt geregistreerd is hoogst waarschijnlijk toe te schrijven aan de verzorging die zelfstandig urine onderzoekt als er sprake is van incontinentie, koorts, plotselinge verwardheid of onverklaarde ziekte. Ook het optreden van resistentie kan een factor zijn.

Hoewel de prevalentie van longziekten in de verzorgingshuizen hoger ligt dan onder zelfstandig wonende ouderen vonden we geen verschillen in aantal voorschriften pulmonale medicatie. Mogelijk zijn meer mensen in het verzor-

gingshuis via ons inclusie criterium frequent prednisolonegebruik voor een luchtwegprobleem als 'chronische longaandoening' geregistreerd. Dit zou onderdiagnostiek van COPD en dientengevolge onderbehandeling met inhalatiemedicatie in het verzorgingshuis betekenen. Dit is niet nader geanalyseerd. De hoge prevalentie van antibioticagebruik in verzorgingshuizen is toe te schrijven aan de frequente luchtweg- en urineweginfecties.

We vonden veel meer problemen met het bewegingsapparaat bij mensen in het verzorgingshuis. We veronderstellen dat dat samenhangt met mobiliteitsproblemen en met vaker vallen. Mobiliteitsproblemen beperken snel in ADL. Vallen wordt waarschijnlijk ook beter geregistreerd in een verzorgingshuis.

Bij zelfstandig wonende ouderen worden NSAID's vaker voorgeschreven, en paracetamol minder vaak. Scherder et al. verklaren vergelijkbare bevindingen door een hogere pijngrens bij mensen met cognitief verval, misschien omdat deze groep mensen niet adequaat aangeeft dat ze pijn hebben.^{23,24} In de Nederlandse context ligt veel meer voor de hand dat mensen die zelfstandig wonen paracetamol zelf kopen terwijl dat in het verzorgingshuis door de huisarts wordt voorgeschreven. De verzorging is getraind om niet te snel gebruik te maken van NSAID's bij bestrijding van pijn bij ouderen. Daarentegen zullen zelfstandig wonenden eerder de huisarts vragen om een sterkere pijnstiller die bovendien ook nog door de verzekering wordt vergoed.

Bij 77% van de bewoners in het verzorgingshuis is er gedurende de onderzoeksperiode veelvuldig sprake van polyfarmacie, hier gedefinieerd als het gebruik van meer dan vier geneesmiddelen. Onder bewoners van verzorgingshuizen in Amerika vonden Williams et al. een gemiddeld gebruik van vijf medicamenten per persoon.²⁵ Strikwerda et al. vonden in een Nederlands verzorgingshuis een gemiddelde van 6,5 geneesmiddelen per persoon;²⁶ wij vonden een gemiddelde van 8,5 maar onze onderzoeksperiode was ook langer.

Omdat de contactfrequentie in de verzorgingshuizen niet hoger blijkt te liggen, maar de zorggegevens wel getuigen van een grote diversiteit aan gezondheidsproblemen kun je concluderen dat het consult van de huisarts vaak een opeenvolging is van het bespreken en beoordelen van een complexe problematiek en van beslissingen rond interacties en contra-indicaties van geneesmiddelen. Onze bevindingen over de complexiteit van zorg hebben betrekking op die domeinen waarvan een Londense onderzoeksgroep vond dat de ouderenzorg buiten de muren van het ziekenhuis tekortschiet: de zintuigen (gezicht en gehoor), lichamelijk functioneren (mobiliteit en vallen), incontinentie en emotioneel onwelbevinden (depressie en angst).²⁷

Onze bevindingen werpen licht op die gezondheidsproblemen. De huisarts kan zich niet beperken tot de behandeling van chronische aan-

doeningen, maar moet zich in het verzorgingshuis richten op het complexe samenspel van ziekte, afnemende functionele en cognitieve sta-

tus en het levensperspectief van kwetsbare ouderen.

Literatuur

- 1 Rockwood K, et al. A clinimetric evaluation of specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(9): 1080-5.
- 2 Portrait F, Lindeboom M, Deeg D. The use of long-term care services by the Dutch elderly. *Health Econ.* 2000; 9: 513-31.
- 3 Zorgindicatiebesluit 1997 CIZ. www.CIZ.nl
- 4 Dijkstra GJ, Groothoff JW, Post D. Welke objectieve beperkingen op lichamelijk, huishoudelijk, psychisch en social gebied zijn verantwoordelijk voor de indicatie voor een verzorgingshuis of een verpleeghuis? *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2001; 32(2): 62-8.
- 5 Rockwood K, Howlett SE, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004; 59(12): 1310-7.
- 6 Puts TE, Lips P, Deeg DJH. Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability in chronic diseases. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 40-47.
- 7 Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity and the development of disability among older persons. *JAMA.* 2004; 292: 2115-124.
- 8 Bootsma- van der Wiel A. Disability in the oldest old. The Leiden 85-plus study [thesis]. Leiden: University of Leiden, 2002.
- 9 Reuben DB, Roth C, Kamberg C, Wenger NS. Restructuring primary care practices to manage geriatric syndromes: the ACOVE-2 intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51: 1787-93.
- 10 Van der Scheer E, Boersma F, Deeg DJH. Gezondheidstoestand en zorggebruik van bewoners van service-ouderenwoningen. Een vergelijking met zelfstandig wonenden. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2003; 34(4): 162-7.
- 11 Groom L, et al. The impact of nursing home patients on general practitioners' workload. *Br J Gen Pract.* 2000; 50: 472-476.
- 12 Harris T, Cook DG, Victor CR, Beighton C, DeWilde S, Carey IM. Linking survey data with computerised records to predict consulting by older people. *Br J Gen Pract.* 2004; 54: 928-931.
- 13 Werf GTh van der, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts. Over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen: Universiteitsdrukkerij Groningen; 1998.
- 14 Veen, WJ van der, Meyboom-de Jong, B. Age and gender. In: Jones et al., editors. *Oxford Textbook of Primary Medical Care.* Oxford, Oxford University Press; 2004.
- 15 Lamberts H, Wood M. *International classification of Primary care.* Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 16 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *ATC Index with DDS.* Norway: WHO, 1999.
- 17 Eisses AMH et al. Prevalentie en incidentie van depressie in Drentse verzorgingshuizen: hoger dan bij bejaarden in de algemene bevolking, maar lager dan in andere verzorgingshuizen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2002; 146(20): 946-9.
- 18 Bowman C, Whistler J, Ellerby M. A national census of care home residents. *Age ageing.* 2004; 33: 561-66.
- 19 Williams BR et al. Medication use in residential care facilities for the elderly. *Ann Pharmacother.* 1999; 33: 149-155.
- 20 Lakey SL et al. Psychotropic use in community residential care facilities: a prospective cohort study. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2006; 4(3): 227-235.
- 21 Kriegsman DMW, Deeg DJH, Beekman ATF, Van Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol.* 2004 ; 57: 187-194.
- 22 Devroey D, Casteren V van, Lepeleire J de. Placement in psychiatric institutions, nursing homes, and homes for the elderly by Belgian general practitioners. *Ageing Ment Health* 2002; 6(3):286-292.
- 23 Scherder E et al. Recent developments in Pain in Dementia. *Br Med J* 2005; 330: 461-4.
- 24 Closs SJ, Barr B, Briggs M. Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. *Br J Gen Pract.* 2004; 54: 919-21.
- 25 Williams BR et al. Medication use in residential care facilities for the elderly. *Ann Pharmacother.* 1999; 33: 149-155.
- 26 Strikwerda P, et al. Drug therapy in a nursing home; favorable effect of feedback by the pharmacist on family physician's prescribing behavior. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1994;138(35):1770-4.
- 27 Iliffe S, Lenihan P, Orell M , et al. The development of a short instrument to identify common needs in older people in general practice. *Br J Gen Pract.* 2004; 54: 914-18.