

BIBLIOGRAFIE 1990, nr. 31

PSYCHOGERIATRIE EN EERSTELIJNSZORG

Samenstelling: W.H. Kruithof

juni 1990

De bibliografie Psychogeriatric en eerstelijnszorg is deel 31 uit de serie "NIVEL-bibliografieën van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
(NIVEL)

Drieharingstraat 6

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

Telefoon: 030-319946

Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-17.00

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kruithof, W.H.

Psychogeriatric en eerstelijnszorg / samenst.: W.H. Kruithof. - Utrecht:  
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg  
NIVEL. - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerste-  
lijnsgezondheidszorg, Afdeling Bibliotheek en Documentatie: nr. 31)

Met reg.

ISBN 90-6905-127-3

SISO 605.93 UDC 616.89:364.4(01)

Trefw.: psychogeriatric en eerstelijnsgezondheidszorg;  
bibliografieën.

Inleiding . . . . .	v
1. Gebiedsomschrijving . . . . .	v
2. Beschouwing n.a.v. de gevonden literatuur . . . . .	vi
2.1. Algemene opmerkingen . . . . .	vi
2.2. Epidemiologie . . . . .	vi
2.3. Diagnostiek . . . . .	vii
2.3.1. Inleiding . . . . .	vii
2.3.2. Algemene aspecten van diagnostiek bij psychogeriatrische problematiek . . . . .	viii
2.3.3. Onderzoek van de diagnostiek van psychogeriatrische proble- matiek in de eerstelijnsgezondheidszorg . . . . .	ix
2.3.4. Diagnostische methoden t.b.v. specifieke psychogeriatrische problemen . . . . .	x
2.4. De hulpverlening . . . . .	x
2.5. Inhoud, structuur en organisatie van de voorzieningen op het gebied van de psychogeriatric . . . . .	x
3. Wat zijn psychogeriatrische problemen? . . . . .	xi
3.1. Psychiatrische stoornissen . . . . .	xi
3.2. Psychosociale problemen . . . . .	xiii
Verantwoording . . . . .	xv
Opbouw van de bibliografie . . . . .	xvi
Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie . . . . .	xvii

1. BESCHRIJVING VAN PSYCHOGERIATRISCHE STOORNISSEN EN PROBLEMEN. . . . .	1
1.1. Dementie en depressie . . . . .	1
1.2. Overige psychogeriatrische stoornissen en problemen . . . . .	4
1.3. Informatieve beschrijvingen van problemen/stoornissen, speciaal bestemd voor functionarissen in de eerstelij . . . . .	7
2. EPIDEMIOLOGIE . . . . .	10
3. DIAGNOSTIEK . . . . .	14
3.1. Algemene aspecten van diagnostiek bij psychogeriatrische problemen	14
3.2. Onderzoek van de diagnostiek van psychogeriatrische problemen in de eerstelij . . . . .	20
3.3. Aanbevelingen voor de diagnostiek van psychogeriatrische problemen in de eerstelij . . . . .	28
3.4. Diagnostische methoden t.b.v. specifieke psychogeriatrische problemen	31
4. HULPVERLENING . . . . .	45
4.1. Door huisartsen . . . . .	45
4.2. Door wijkverpleging en gezinszorg . . . . .	51
4.3. Algemene aspecten . . . . .	53
5. ASPECTEN VAN ZIEKTEGEDRAG BIJ OUDEREN . . . . .	60
6. STRUCTUUR EN ORGANISATIE VAN DE VOORZIENINGEN OP HET GEBIED VAN DE PSYCHOGERIATRIE . . . . .	64
Boeken, artikelen over psychogeriatric in het algemeen. . . . .	73
Adressen van bibliotheken . . . . .	77
Overzicht geraadpleegde tijdschriften . . . . .	79
Auteursregister . . . . .	81
Register van gerefereerde tests . . . . .	87
Trefwoordenregister . . . . .	89
De Nivel-bibliografieën . . . . .	91

Voorafgaand aan de bibliografie wordt in deze inleiding een beschouwing gewijd aan het onderwerp "psychogeriatric en eerstelijnsgezondheidszorg". Na een beschrijving van het terrein en bespreking van een aantal belangrijke begrippen, worden enkele thema's aan de orde gesteld, die op grond van de geraadpleegde literatuur van belang lijken voor de benadering van psychogeriatric problematiek in de eerstelijns.

Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de soorten problemen en stoornissen waar de psychogeriatric in het algemeen betrekking op heeft.

### 1. Gebiedsomschrijving

Psychogeriatric is dat gedeelte van de gezondheidszorg dat zich richt op psychische en gedragsproblemen bij ouderen. In de literatuur zijn het vooral psychiatrische stoornissen die aandacht krijgen, m.n. dementie en depressie. Het Amerikaanse psychiatrische classificatiesysteem "DSM-III" vormt vaak het uitgangspunt bij de omschrijving van psychogeriatric problemen. Psychosociale problemen bij ouderen die niet duidelijk in de vorm van een ziektebeeld zijn te vatten zijn minder vaak het voorwerp van onderzoek en theorievorming.

De behandeling van psychiatrische stoornissen bij ouderen vindt vooral plaats in psychiatrische inrichtingen en klinieken en in verpleeghuizen. Maar ook de eerstelijnsgezondheidszorg wordt er mee geconfronteerd. Zolang psychiatrische stoornissen bij ouderen nog zo hanteerbaar zijn, dat mensen thuis kunnen blijven, worden huisarts, wijkverpleging en gezinszorg intensief betrokken bij behandeling en verzorging. Daarnaast zijn zij ook de personen die met de meer algemene psychosociale problemen van ouderen worden geconfronteerd.

In het beleid wordt er in het algemeen van uitgegaan dat door de dubbele vergrijzing voorsnog het beroep op (psycho)geriatric voorzieningen toe zal nemen. Daarbij is er de laatste jaren een duidelijke tendens om te stimuleren dat ouderen zolang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven; versterking van de "thuiszorg" is daarbij een belangrijke voorwaarde.

Het begrip "oudere" is niet eenduidig te omschrijven. Sommige verouderingsprocessen beginnen al op jeugdige leeftijd. In het algemeen wordt een vrij willekeurig gekozen leeftijds criterium gehanteerd, bijv. 60 of 65 jaar, maar er zijn ook onderzoeken die zich speciaal richten op mensen van boven de

75 of 80 er soms liggen de grenzen onder de 60 jaar.

Wanneer gegevens bij ouderen vergeleken worden met die bij jongeren, m.n. als het gaat om psychosociale factoren, moet men rekening houden met de mogelijkheid dat verschillen tussen leeftijdscategorieën niet zo zeer samenhangen met het ouder worden, als wel met een generatieverschil.

Tenslotte is het van belang onderscheid te maken tussen psychische problemen die pas op latere leeftijd optreden (doordat ze samenhangen met biologische verouderingsprocessen of de specifieke psychosociale problemen waarmee ouderen geconfronteerd kunnen worden) en psychische problemen die niet specifiek zijn voor de groep ouderen.

## **2. Beschouwing n.a.v. de gevonden literatuur**

In deze paragraaf wordt een aantal kenmerken beschreven van de literatuur die in de bibliografie is opgenomen en tevens worden enkele vraagstukken besproken die van belang kunnen zijn voor de wijze waarop in de eerstelijns psychogeriatrische problematiek benaderd wordt.

### **2.1. Algemene opmerkingen**

Over psychogeriatricie is veel geschreven, variërend van verslagen van onderzoek naar soms zeer specifieke aspecten van bepaalde ziektebeelden, tot verhandelingen over de beste benadering van psychisch gestoorde oudere patiënten. Een groot deel van deze literatuur gaat over de diagnostiek, m.n. van dementie en depressie.

Veel literatuur is geschreven vanuit het perspectief van de psychiatrie (min of meer ernstige psychopathologie) en de onderzoekspopulatie bestaat meestal uit mensen die opgenomen zijn in inrichting, kliniek of verpleeghuis. Literatuur die expliciet gaat over de bijdrage van de eerstelijns aan de psychogeriatricie neemt een relatief geringe plaats in, waarbij het accent dan weer ligt op diagnostische vraagstellingen. Over de wijze waarop men in de eerstelijns in het algemeen met psychosociale problematiek van ouderen omgaat is weinig gepubliceerd.

### **2.2. Epidemiologie**

De epidemiologische gegevens die in diverse onderzoeken vermeld worden, lopen nogal eens uiteen. Als belangrijkste oorzaken - van methodologische aard - worden genoemd:

- de definities van ziektebeelden zijn niet altijd scherp en/of er bestaan verschillende opvattingen over

- de diagnostische instrumenten zijn onbetrouwbaar of niet valide
- de onderzochte steekproeven verschillen in leeftijd, geslacht, voorkomen van andere (lichamelijke) ziektes
- er worden verschillende populaties gebruikt, bijv:
  - de bevolking in het algemeen
  - mensen die op het spreekuur van de huisarts komen
  - mensen die zijn opgenomen (ziekenhuis, verpleeghuis)
- in samenhang met het voorgaande: er kunnen regionaal of landelijk verschillen zijn in opnamebeleid (wanneer dementen eerder worden opgenomen zullen er minder voorkomen binnen de huisartspopulatie)
- de konsekwenties die bepaalde diagnoses hebben, kunnen invloed hebben op de frekwentie waarmee deze gesteld worden.

Op grond van bovenstaande moet men zeer voorzichtig zijn bij de interpretatie en generalisatie van epidemiologische gegevens.

## 2.3. Diagnostiek

### 2.3.1. Inleiding

Voor de analyse van de uitgebreide hoeveelheid literatuur over psychogeriatrische diagnostiek lijkt het relevant om een onderscheid te maken tussen:

- classificatiediagnostiek
- diagnostiek gericht op indicatiestelling, verwijzing, enz.

Bij de classificatiediagnostiek gaat het er vooral om vast te stellen aan welke "ziekte" iemand lijdt. Dit veronderstelt een indeling in ziektebeelden, zoals bijv. in DSM-III omschreven.

Wat betreft de psychogeriatricie vormen dementie en depressie daarin de belangrijkste. Veel literatuur gaat over de (betrouwbaarheid en validiteit van) diagnostische instrumenten

die gebruikt worden om differentiele diagnostiek op dit gebied te bedrijven. Een beperkt aantal is gericht op de diagnostiek door de huisarts.

In principe is deze diagnostiek ook gericht op het formuleren van konsekwenties voor behandeling, verwijzing, enz., maar de classificatie wordt daarbij als het belangrijkste instrument gezien. Soms vindt dat zijn uitdrukking in het feit dat gesproken wordt over "screeningsdiagnostiek" (nagaan of men tot een bepaalde diagnostische of risicogroep behoort).

beschrijving en analyse van de klachten/problematiek van een patient, met het doel beslissingen of adviezen te ondersteunen. Bij psychogeriatrische problematiek gaat het vooral om de volgende soorten vraagstellingen:

- behandeling/begeleiding, die meer of minder op het medisch-biologische dan wel het psychosociale vlak kan liggen
- verwijzing, m.n. naar psychogeriatrische specialisten
- adviezen m.b.t. de vraag: thuiszorg of residentiele zorg
- adviezen m.b.t. wijzigingen in de sociale situatie of leefsituatie
- adviezen aan de omgeving van de patient over de manier van omgaan
- adviezen aan andere hulpverleners, bijv. wijkverpleging en gezinszorg

Ook bij deze vorm van diagnostiek kan classificatie een rol spelen, maar het doel is toch primair een zodanig inzicht in de problematiek en de context te krijgen dat een goed onderbouwde beslissing of advisering mogelijk is. Daarbij kan het van belang zijn de aandacht meer te richten op datgene wat iemand nog wel kan dan op datgene wat niet meer goed functioneert.

Opvallend is dat verreweg het grootste deel van de literatuur over diagnostiek bij psychogeriatrische problemen betrekking heeft op de classificatiediagnostiek. M.n. gaat het dan om het construeren en onderzoeken van tests om - in een vroeg stadium - dementie en depressie op te sporen. Methoden die een huisarts kan gebruiken om het beleid t.a.v. een individuele patient te bepalen, worden veel minder vaak beschreven. Zelden wordt onderzoek gedaan naar de problemen die een huisarts daarbij ervaart.

### **2.3.2. Algemene aspecten van diagnostiek bij psychogeriatrische problematiek**

Er is behoorlijk wat literatuur over uitgangspunten, mogelijkheden en beperkingen van diagnostiek bij oudere patienten. Soms geschreven vanuit specifieke ziektes (dementie, depressie), soms zonder naar bepaalde ziektes te verwijzen (en dan ook breder dan de psychogeriatric). Veel artikelen richten zich niet speciaal op de eerstelijns, maar hebben daar toch wel relevante aanknopingspunten mee.

Een aantal artikelen beschrijft de algemene benadering die gevolgd zou moeten worden bij de individuele diagnostiek van oudere patienten, bijv. de "comprehensive geriatric assessment". Deze wordt gekenmerkt door een brede, multidisciplinaire diagnostiek, gericht op de diverse lichamelijke, psychologische en sociale facetten van de patient.



Een andere categorie literatuur wijdt een kritische bespreking aan de "screeningsdiagnostiek", gericht op het - vroegtijdig - opsporen van psychische stoornissen, meestal dementie.

Vragen die daarbij gesteld worden zijn:

- hoe groot is de kans op "false positives" (de gestelde diagnose is onjuist)
- hoe groot is de kans op "false negatives" (de diagnose wordt gemist)
- kan het diagnostisch instrument - m.n. in populaties waar de stoornis toch al veel voorkomt - nog iets toevoegen?
- welke consequenties kunnen verbonden worden aan de uitkomsten van een diagnostisch onderzoek? Bij screeningsdiagnostiek in de psychogeriatric gaat het vaak om de vraag: is er sprake van een hersenorganische stoornis (dementie) of niet? Het is niet altijd duidelijk wat met het antwoord op deze vraag wordt gedaan, en soms is het wel duidelijk maar is het de vraag of dat wel een adequate reactie is. Bijv. als in het geval van dementie geen pogingen meer worden gedaan tot psychosociale hulpverlening, of de patient wordt verwezen naar een verpleeghuis. Als de achteruitgang in verstandelijke vermogens gediagnostiseerd wordt als een gevolg van depressie, dan kan men nog proberen deze depressie te behandelen.

### **2.3.3. Onderzoek van de diagnostiek van psychogeriatrische problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg**

In de lijn van de literatuur over de diagnostiek en onderkenning van psychosociale problematiek door de huisarts in het algemeen, is er een aantal onderzoeken gedaan over de wijze waarop dit bij psychogeriatrische patienten plaats vindt. Meestal gaat het dan om de onderkenning van dementie en depressie, waarbij de diagnose door de huisarts (of door de "general practitioner" in een ziekenhuis of verpleeghuis) wordt vergeleken met een psychiatrisch-neurologisch onderzoek en/of resultaten van psychologische tests. Het zijn haast altijd de DSM-III criteria waaraan getoetst wordt.

Resultaten en conclusies gaan meestal in de richting van: de huisarts mist nogal wat diagnoses en verbetering van zijn diagnostisch instrumentarium zou daarom gewenst zijn. In het licht van de eerder vermelde kritische geluiden t.a.v. screeningsdiagnostiek lijkt enige voorzichtigheid hierbij wel geboden: een betere classificatie hoeft niet altijd te leiden tot een betere advisering of behandelingsresultaat. Een uitvoerige analyse van gedrag en context van de patient kan hier waarschijnlijk een betere bijdrage aan leveren.

#### **2.3.4. Diagnostische methoden t.b.v. specifieke psychogeriatrische problemen**

Er is een grote hoeveelheid literatuur over tests, vragenlijsten, observatiemethoden, e.d. die een hulpmiddel kunnen vormen bij de diagnostiek van dementie, depressie, psychosociale problemen, cognitieve functiestoornissen, het dagelijks functioneren, enz.

Er is veel onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van deze tests, meestal binnen klinische settingen. Veel ervan lijken ook bruikbaar voor toepassingen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Dementie en depressie staan ook hier weer centraal in de literatuur. Een aantal artikelen is er speciaal op gericht om de relatie tussen beide vast te stellen, methoden te vinden om het relatieve aandeel van elk in het ziektebeeld van een patient te ontdekken.

#### **2.4. De hulpverlening**

In vergelijking met de diagnostiek is er betrekkelijk weinig literatuur over de hulpverlening aan psychisch gestoorde oudere patienten. Daarbij gaat het veelal om praktisch gerichte aanbevelingen over de wijze waarop artsen, verpleging, e.d. met deze patienten om zouden moeten gaan; er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar behandelingen. Wat betreft de huisartsen ligt het accent op de speciale problematiek van het voorschrijven van medicijnen bij oudere patienten.

#### **2.5. Inhoud, structuur en organisatie van de voorzieningen op het gebied van de psychogeriatric**

Het betreft hier artikelen die een visie geven op of een beschrijving van een systeem van voorzieningen voor (psycho)geriatrische hulpverlening. In het algemeen wordt gepropageerd dat er intensief wordt samengewerkt tussen verschillende disciplines, instellingen, hulpverleners, enz. De eerstelijns krijgt daarbij vaak een belangrijke plaats, met de huisarts nogal eens als coördinerende figuur.

Er worden ook enkele voorbeelden van consultatieprojecten gegeven, naast suggesties voor of uitvoerige beschrijvingen van opleidings- en bijscholingsprogramma's voor werkers in de eerstelijns.

### 3. Wat zijn psychogeriatrische problemen?

In deze paragraaf wordt een globaal overzicht gegeven van de soorten problemen waarover de bibliografie gaat. De indeling van psychiatrische stoornissen zoals die in de meeste handboeken op het gebied van geriatrie wordt gehanteerd (meestal volgens het systeem van DSM-III), vormt hierbij het uitgangspunt, aangevuld met een opsomming van de belangrijkste psychosociale problemen.

#### 3.1. Psychiatrische stoornissen

##### hersenorganische stoornissen ("organic brain damage")

Algemene kenmerken: veranderingen in het oordeel, in affect, geheugenverlies, cognitieve- en waarnemingsstoornissen, orientatieverlies, motorische stoornissen.

De belangrijkste hersenorganische psychogeriatrische stoornissen zijn amnestisch syndroom, delier en dementie:

Delier is in principe een tijdelijke stoornis, die gekenmerkt wordt door bewustzijnsdaling, verwardheid en waarnemingsstoornissen. De oorzaken zijn van uiteenlopende aard, maar meestal lichamelijke. Andere namen zijn: "acute brain syndrome, acute confusional state, pseudodementie, reversible brain syndrome".

Doordat de symptomen nogal overeenkomen is de differentiaaldiagnose naar dementie moeilijk; dat geldt ook m.b.t. andere lichamelijke ziektes die ten grondslag kunnen liggen aan het delier.

Dementie is irreversibel. Kenmerken zijn: verlies aan intellectuele capaciteiten op verschillende gebieden, m.n. geheugen- en orientatiestoornissen; verder zijn er affectieve stoornissen en persoonlijkheidsveranderingen. Patienten kunnen zich op den duur steeds moeilijker sociaal redden, zodat ze meestal intramuraal verpleegd moeten worden.

T.a.v. de diagnose is van belang dat er enerzijds geen aanwijzing is voor een andere diagnose dan hersenorganische stoornis, terwijl er anderzijds - na grondig onderzoek - geen specifieke hersenorganische etiologische factoren gevonden zijn.

De twee belangrijkste vormen van dementie zijn:

senile brain disease, inclusief seniele dementie van het Alzheimer's type (SDAT) (het is de vraag of er naast Alzheimer nog een te onderscheiden

ziekte is van dit type). Er is een lichamelijke pathologie in de vorm van aantasting van hersenweefsel ("seniele plaques"). Dit is in principe een algemeen verouderingsverschijnsel. De oorzaken voor de pathologische vorm zijn nog niet duidelijk. Wel neemt men aan dat ze van lichamelijke en niet van psychische aard zijn.

De ziekte kan soms wel tijdelijk tot staan worden gebracht, maar is niet te herstellen.

De ziekte begint doorgaans na het zestigste jaar. Na de start is de levensverwachting 5 jaar.

Van de bovengenoemde vormen worden onderscheiden:

- de preseniele dementieën. Deze beginnen op jongere leeftijd en horen dus niet bij de psychogeriatrische stoornissen. De "echte" Alzheimer's disease hoort tot deze categorie.
- het amnestisch syndroom. Het belangrijkste kenmerk van deze ziekte is een stoornis in het recente geheugen, veroorzaakt doordat het inprentingsvermogen gestoord is. De differentiaaldiagnose naar dementie kan moeilijk zijn, m.n. doordat een dementie soms begint met een amnestisch syndroom.

multiinfarct dementia. Hieraan ligt een vaatstoornis in de hersenen ten grondslag. Andere namen zijn dan ook: "cerebrovasculair disease, arteriosclerotic organic brain syndrome, cerebral atherosclerosis". Hypertensie is een predisponerende factor. Het betreft een stapsgewijs verlies aan mentale capaciteiten, vaak op een enkel gebied, terwijl andere voorlopig nog intact blijven. In ca. de helft van de gevallen is de start plotseling. De ziekte begint meestal tussen de 50 en 70 jaar.

### Functionele psychiatrische stoornissen

Het betreft hier stoornissen waarbij in het algemeen geen duidelijke lichamelijke pathologie wordt gevonden of verondersteld. Naast persoonlijkheidsstoornissen en neurotische syndromen die met het ouder worden kunnen samenhangen krijgen vooral de volgende ziektebeelden aandacht:

Schizofrenie is een stoornis die meestal al op jongere leeftijd begint. Er zijn natuurlijk een heleboel oudere schizofrenen (overigens: de sterfte onder schizofrenen is hoog; onder degenen die wel oud worden zijn er nogal wat die redelijk stabiel blijven). Wanneer schizofrenie voor het eerst op hogere leeftijd optreedt (in Engeland wordt dit "parafrenie" genoemd), dan moet goed opgelet worden of er geen sprake is van effecten van paranoïede of hersenorganische stoornissen.

Paranoïede stoornissen. Het betreft achtervolgingswanen of pathologische jaloezie. Het verschil met schizofrene stoornissen is dat deze laatste meer omvattend zijn; ook hallucinaties, cognitief-emotionele stoornissen, enz. komen dan voor.

De oorzaken kunnen zeer uiteenlopen: soms liggen ze op het psychosociale vlak (vereenzaming), maar ook kunnen ze te maken hebben met lichamelijke en/of psychische achteruitgang (bijv. doofheid).

Depressie. Depressieve reacties vormen de klacht die bij ouderen het meeste voorkomt. Zij kunnen een gevolg zijn van specifieke stress- of crisissituaties waarmee de oudere geconfronteerd wordt; in dat geval kunnen zij beter ingedeeld worden bij de "psychosociale problemen". Bij ernstiger vormen kan men spreken van depressie als ziektebeeld, waarvan de kenmerken zijn: stemmingsstoornissen, cognitieve stoornissen (negatief zelfbeeld), remmingen in het gedrag, somatische klachten.

De differentiaaldiagnose naar dementie en andere psychiatrische stoornissen kan lastig zijn, m.n. omdat deze laatste vaak gepaard gaan met depressieve verschijnselen, terwijl bij depressie ook de cognitieve en andere functies gestoord kunnen zijn.

### **3.2. Psychosociale problemen**

De nu volgende klachten en problemen passen minder goed in het ziektemodel van DSM-III; in het algemeen zijn de psychologische en/of sociale condities essentieel in de omschrijving en verklaring van de klacht.

- alcoholisme
- sexuele problemen
- eenzaamheid
- rouwverwerking
- omgaan met dood
- omgaan met lichamelijke ziektes en aftakeling
- slaapstoornissen
- mishandeling (lichamelijk of geestelijk)
- (financieel) misbruik ("abuse")
- afhankelijkheidsproblematiek
- depressiviteit
- suicide

De meeste van deze problemen zijn niet kenmerkend voor ouderen, maar krijgen bij hen een specifieke uitwerking en context.



Omdat er betrekkelijk weinig onderzoek is gedaan dat zich nadrukkelijk richt op de relatie psychogeriatric - eerstelijnsgezondheidszorg, is in deze bibliografie ook literatuur opgenomen die vanuit een algemener perspectief is geschreven. Mogelijke relevantie in de eerstelijns was daarbij wel steeds het criterium. Om te voorkomen dat door dit bredere uitgangspunt de bibliografie te omvangrijk zou worden is er bij enkele onderdelen voor gekozen voornamelijk recente (literatuur)overzichten op te nemen. Dit geldt m.n. de hoofdstukken I (beschrijving psychogeriatric problemen) en II (epidemiologie). Naast wetenschappelijke literatuur treft men ook artikelen en delen uit handboeken aan die bedoeld zijn informatie te bieden aan functionarissen in de eerstelijns. Soms bevatten deze vooral praktische aanwijzingen over de manier waarop men psychisch gestoorde ouderen zou moeten benaderen.

Het zoeken van de literatuur is gestart met een MEDL literatuursearch (index medicus vanaf 1983) en raadpleging van de ASSIA excerpten vanaf 1987. Vervolgens is de bibliotheek van het NIVEL doorzocht, evenals die van het NcGv (Ned. Centrum v. Geestelijke Volksgezondheid), de Rijksuniversiteit Utrecht (geneeskunde en sociale wetenschappen) en het Nederlands Instituut voor Gerontologie (NIG) in Nijmegen. Van een groot aantal tijdschriften op het gebied van psychogeriatric, gerontologie en eerstelijnsgezondheidszorg zijn de jaargangen 1989 en begin 1990 doorgenomen (zie bijlage) en bij die met een voldoende aantal relevante artikelen werd doorgedaan tot 1985. Ook via de literatuurlijsten bij de gevonden artikelen is verder gezocht.

In de bijlage is een lijst met boeken en artikelen opgenomen die de psychogeriatric in zijn algemeenheid bespreken of ontwikkelingen en achtergronden beschrijven die relevant kunnen zijn voor de benadering van psychische problematiek bij ouderen in de eerstelijns. Deze literatuur leende zich niet voor opname in de bibliografie en er zijn geen excerpten van gemaakt.

De titelbeschrijvingen in deze bibliografie zijn opgesteld volgens de richtlijnen die binnen het NIVEL worden gehanteerd. In het algemeen zijn er eigen samenvattingen gemaakt. Bij de informatieve artikelen is meestal volstaan met een aanduiding van de aard van de informatie.

Opbouw van de bibliografie

De bibliografie is onderverdeeld in 5 hoofdstukken:

In hoofdstuk I komt literatuur aan de orde waarin psychogeriatrische stoornissen onderzocht worden en/of waarin een algemene beschrijving wordt gegeven. Allereerst dementie en depressie en vervolgens overige psychosociale problemen en stoornissen. In de derde paragraaf is literatuur samengebracht die vooral bedoeld is als informatiebron voor werkers in de gezondheidszorg, waaronder ook enkele hoofdstukken uit hand- of leerboeken.

Het tweede hoofdstuk gaat over de epidemiologie van psychogeriatrische problemen. Het betreft m.n. een aantal reviews van epidemiologische onderzoeken en artikelen over methodologische aspecten van epidemiologisch onderzoek.

Het zwaartepunt van de bibliografie ligt bij de diagnostiek, welke in hoofdstuk III is onderverdeeld naar:

- beschouwingen over algemene aspecten van de diagnostiek van psychogeriatrische problemen, o.a. artikelen over het vraagstuk van de screening
- verslagen van onderzoek naar de wijze waarop deze diagnostiek in de eerstelijns wordt bedreven
- informatieve literatuur met aanbevelingen en procedurebeschrijvingen m.b.t. deze diagnostiek in de eerstelijns
- beschrijving en onderzoek van diagnostische instrumenten, m.n. die welke geschikt lijken voor toepassing in de eerstelijns, ook al zijn ze daar niet speciaal voor ontwikkeld

In hoofdstuk IV komt de behandeling van en hulpverlening aan psychogeriatrische patiënten aan de orde. Naast een beperkt aantal wetenschappelijke artikelen treft men hier vooral informatieve literatuur aan, bedoeld voor huisarts en/of wijkverpleging/gezinszorg. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk zijn artikelen ondergebracht die diverse algemene aspecten van de hulpverlening belichten, waaronder de betekenis van psychogeriatrische problematiek voor degenen die de patiënten thuis verzorgen.

Hoofdstuk V gaat over aspecten van medische consumptie bij ouderen.

In hoofdstuk VI zijn artikelen verzameld over de voorzieningen op het gebied van de psychogeriatric: het aanbod, de structuur en de organisatie, voorzover relevant voor de eerstelijns. Ook beschrijvingen en suggesties voor opleidingsprogramma's zijn hier opgenomen, evenals artikelen over consultatieprojecten.



De publicaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk of paragraaf geordend op naam van de eerste auteur. Wanneer meer publicaties van één auteur zijn opgenomen zijn deze chronologisch gerangschikt.

Na elke titelbeschrijving is één bibliotheek vermeld waarin de betreffende publicatie aanwezig is. Meestal is dat het NIVEL (evt. in de vorm van een copie). Bij boeken, rapporten en copieën van artikelen uit de NIVEL- collectie is tevens het plaatsnummer genoemd waaronder de publicatie in de NIVEL- bibliotheek is terug te vinden.

Na de bibliografie is een lijst opgenomen met geraadpleegde tijdschriften. Daarbij is vermeld in welke van de bezochte bibliotheken zij aangetroffen zijn. De gegevens van de bibliotheken zijn in een aparte lijst opgenomen.

Behalve een auteurs- en trefwoordenregister is aan het eind een overzicht gegeven van de tests die in de bibliografie aan de orde komen. Naast de gebruikelijke afkortingen vindt men daar de volledige naam en de paginnummers waarop ze in de bibliografie voorkomen. In de referaten zijn doorgaans alleen de afkortingen gebruikt.



### 1.1 dementie en depressie

ALEXOPOULOS, G.S., R.C. YOUNG, B.S. MEYERS, R.C. ABRAMS, C.A. SHAMOIAN.

Late-onset depression.

in: D.V. Jeste, S. Zisook (ed).

Psychosis and depression in the elderly.

The Psychiatric Clinics of North America; 11, 1988, nr 1, p. 1-115, 106 lit. opgn.

nivel (C 2777)

Uitvoerig overzicht van literatuur over depressie die op latere leeftijd ontstaat.

BALDWIN, R.C., D.J. JOLLEY.

The prognosis of depression in old age.

British Journal of Psychiatry; 149, 1986, p. 574-583, 20 lit. opgn.

nivel (C 2779)

Verslag van een onderzoek bij 100 ouderen (>65) die in een psychogeriatrische instelling werden opgenomen, met depressie als hoofdklacht. Nagegaan werd hoe het verloop van de klachten was over periodes van 42 tot 104 maanden. Het bleek dat 60 % permanent of tijdelijk van de klachten verlost was. Slechts 7% was blijvend depressief. Factoren die een slechte prognose gaven waren: het mannelijk geslacht en slechte lichamelijke gezondheid.

Belangrijke condities voor positieve resultaten zijn: goede samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, andere ziekenhuisafdelingen en sociale dienstverlening.

BLAZER, D.

Depression in late life: an update.

American Review of Gerontology and Geriatrics; 9, 1989, p. 197-215, 56 lit. opgn.

nivel (C 2783)

het artikel bespreekt enkele recente onderzoeksgegevens, vooral op het gebied van de samenhang tussen depressie en lichamelijke verschijnselen bij ouderen, en farmacologische behandeling. Ook op het gebied van psychotherapie bij ouderen verschijnt er steeds meer onderzoeksliteratuur. Op grond van epidemiologische onderzoeken bestaat de indruk dat depressie met het ouder worden afneemt (evenals trouwens andere stoornissen). Het is mogelijk dat dit een "cohorteffect" is: de huidige groep ouderen heeft gedurende het hele leven een "gezondere" samenstelling gehad dan de volgende (jongere) generaties.

DIESFELDT, H.F.A.

Internationaal Symposium on Alzheimer's Disease, 1988.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 221-222.

ruu-bcu

Kort verslag van de lezingen, die vooral over de medisch-biologische kant van dementie gingen en over diagnostiek. Referaten over de behandeling hadden uitsluitend betrekking op farmacotherapie.

JOLLEY, D.

Depression in the elderly.

Current opinion in psychiatry; 1, 1988, p. 480-486, 33 lit. opgn.

nivel (c 2828)

Aan de hand van literatuurverwijzingen wordt een breed overzicht gegeven van theorieën en onderzoeksgegevens over depressie bij ouderen. Geconcludeerd wordt dat de laatste 25 jaar geen wezenlijk nieuwe theorieën en gegevens op dit terrein naar voren zijn gebracht, maar dat het nog slecht gesteld is met de verspreiding en het gebruik van deze kennis in de gezondheidszorg.

KRAMER-GINSBERG, E., B.S. GREENWALD, P.S. AISEN, C. BROD-MILLER.

Hypochondriasis in the elderly depressed.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 507-510, 28 lit. opgn.

nivel (C 2833)

Verslag van een onderzoek onder 70 patiënten van 70 jaar en ouder, die met de diagnose depressie opgenomen werden in een gero-

psychiatrische afdeling. Aan de hand van de HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) werd de relatie tussen depressie en hypochondrie (een subschaal van de HDRS) onderzocht. 60 % van de patiënten vertoonde hypochondrische klachten. Binnen deze groep ouderen was er geen relatie met de leeftijd, evenmin met de mate van lichamelijke ziektes. Wel was er een verband tussen mate van hypochondrie en angst. Na behandeling (en ontslag) was de hypochondrie verminderd, maar kwam toch bij de meesten nog in lichte vorm voor. Dit zou er op kunnen wijzen dat de hypochondrie in ieder geval gedeeltelijk samen hangt met persoonlijkheidseigenschappen en niet een gevolg van de depressie hoeft te zijn.

PEARSON, J.L., L. TERI, B.V. REIFLER, M.A. RASKIND.

Functional status and cognitive impairment in Alzheimer's patients with and without depression.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 1117-1121, 21 lit. opgn.

nivel (C 2854)

Verslag van een onderzoek bij 50 dementiepatiënten waarbij nagegaan werd welke invloed depressie heeft op het functioneren. Depressie werd vastgesteld op basis van de psychiatrische diagnose, cognitief functioneren met de MMSE en functionele status op basis van mededelingen van familie m.b.t. IADL. Het bleek dat depressieve patiënten minder ernstig cognitief gestoord zijn dan niet depressieve. Bij gelijke mate van cognitieve stoornis, heeft depressie veel invloed op de functionele status. Op basis van deze gegevens wordt geconcludeerd dat verlichting van depressie bij dementiepatiënten positief effect kan hebben op het dagelijks functioneren.

RUEGG, R.G., S. ZISOOK, N.R. SWERLOW.

Depression in the aged. An Overview.

in: D.V. Jeste, S. Zisook (ed).

Psychosis and depression in the elderly.

The psychiatric clinics of North America; 11, 1988, nr 1, p.83-99.

112 lit. opgn.

nivel (C 2867)

Uitvoerig overzicht van literatuur over depressie bij ouderen.

TENI, L., D.V. REIFLER.

Depression and dementia.

in: L. Carstensen, B.A. Edelman(eds).

Handbook of clinical gerontology.

New York: Pergamon Press. 1987. p. 112-119, 39 lit. opgn.

nivel (C 2880)

Analyse van de relatie tussen dementie en depressie. Mede op grond van een analyse van de literatuur wordt gesteld dat het geen twee elkaar uitsluitende ziektebeelden zijn: dementie kan gepaard gaan met depressieve verschijnselen, depressie kan gepaard gaan met cognitieve uitvalsverschijnselen, maar depressie en dementie kunnen ook ("toevallig") gelijktijdig optreden. Begrippen als "pseudodementie" en "gemaskeerde depressie" zijn dan ook inadekwaat.

TILBURG, W. VAN, C. JONKER, P. EIKELENBOOM.

Classificatie in de psychogeratie.

Nijmegen: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1987. 37 pg. 30 lit. opgn.

nivel (C 2883)

Beschrijving van een classificatiesysteem, m.n. voor Alzheimer en multi-infarctdementie, gebaseerd op DSM-III.

WORRALL, G., L.W. CHAMBERS.

Can we afford not to evaluate services for persons with dementia?

Canadian Family Physician; 35, 1989, p. 573-580, 51 lit. opgn.

nivel

Beschrijving van een instrument, de "Measurement Iterative Loop", dat kan dienen om bestaande programma's en methoden in de gezondheidszorg te evalueren en na te gaan waar lacunes in de kennis aanwezig zijn. De Loop bestaat uit 7 stappen: de ernst ("burden") van de ziekte, de oorzaak, effectiviteit van programma's, efficiency van programma's, synthese/implementatie, monitoring/evaluatie, hernieuwde bepaling van de ernst. Het model wordt geïllustreerd aan de hand van het verschijnsel "dementie", waarbij nagegaan wordt in hoeverre de literatuur informatie geeft over de 7 genoemde stappen.

BATT, L.J.

Managing delirium.

Journal of Psychosocial Nursing; 27, 1989, p. 22-25, 12 lit. opgn.  
niveau (C 2780)

Uiteenzetting over het syndroom "delirium" dat bij ouderen veel voorkomt, in samenhang met een uiteenlopend aantal stoornissen.

Enkele epidemiologische gegevens worden gepresenteerd, mogelijke oorzaken genoemd, evenals interventiemogelijkheden. Deze laatste kunnen meer op de onderliggende ziekte gericht zijn, of op het onderdrukken van symptomatologie (bijv. medicijnen) of op beïnvloeden van de omgeving.

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het delirium, mogelijk samenhangend met een pessimistische mythe t.a.v. psychische stoornissen bij bejaarden: "alle ouderen worden op den duur seniel, daar is weinig aan te doen en dus is het zonde om er veel (wetenschappelijke en andere) energie in te steken".

CARSTENSENS, L., B. EDELSTEIN (EDS).

Handbook of clinical gerontology

Oxford: Pergamon Press, 1987. 450 pg., veel lit.opgn. bij afzonderlijke hoofdstukken.

ruu-bcu

In dit handboek zijn bijdragen van verschillende auteurs opgenomen, met onder meer beschrijvingen van diverse psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen bij ouderen; steeds aan de hand van literatuurgegevens. Achtereenvolgens komen aan de orde: paranoïede en schizofrene stoornissen, alcoholisme, seksuele problemen, affectieve stoornissen, dementie, depressie; zwerven/desorientatie, pijn, afhankelijkheid, veranderingen in sociale activiteit, slaapproblemen, incontinentie, psychologische gevolgen van hersenletsels.

HOLMBERG, I., G. PERSSON.

Mental disorder at seventy in relation to social factors and attitudes during life.

Acta Psychiatrica Scandinavica; 74, 1986, 168-177, 30 lit. opgn.

Bij een steekproef van 392 personen van 70 jaar en ouder werden d.m.v. interviews sociale en psychiatrische gegevens verzameld. Bij mannen bleek er een verband te zijn tussen mate van "psychisch gestoord" zijn en: armoede in jeugd, zwaar werk gedaan, en weinig sociale contacten. Bij vrouwen was er een verband met armoede in jeugd en huidige sociale isolatie. Bij mensen die alleen wonen is er alleen een verband met psychische problemen, als het gecombineerd is met geringe sociale contacten.

JESTE, D.V., S. ZISOOK (EDS).

Psychosis and depression in the elderly.

The Psychiatric Clinics of North America; 11, 1988, nr 1, 286 pg.

ruu-bcu

Verzameling artikelen over een aantal psychotische stoornissen bij ouderen, o.a. schizofrenie en depressie, en over (reacties op) medicaties bij deze stoornissen. Het betreft vrijwel steeds uitvoerige literatuuroverzichten, met accent op de medisch-psychiatrische aspecten.

JONKER, C., W. VAN TILBURG, A.M. POT.

Psychogeriatric.

in: J. Schouten, C. Leering, J. Bender.

Leerboek geriatrie.

Utrecht: Bohn. 1989. p. 651-189, 139 lit.opgn.

nivel (C 2894)

Overzicht van psychiatrische stoornissen bij ouderen, ingedeeld volgens het DSM-III-R systeem. Aan de orde komen bij elk ziektebeeld: epidemiologie, etiologie, symptomatologie, diagnostiek en mogelijkheden voor behandeling.

PINKSTON, E.M., N.L. LINSK.

Gedragsproblemen bij ouderen: sociaal leren met ouderen in hun verzorgingsomgeving.

Nijmegen: Dekker & v.d.Vegt, 1987. 139 pg. 133 lit. opgn.

NcGv



Beschrijving van concrete problemen en mogelijkheden van aanpak door verzorgers en hulpverleners van ouderen met problemen. Geschreven vanuit gedragstherapeutisch perspectief.

TUDIVER, F.

The bereaved elderly: can we help them?

Canadian Family Physician; 32, 1986, p. 2699-2703, 44 lit. opgn.  
niveau

Literatuuroverzicht van de problematiek van ouderen die hun partner verloren hebben. Zij vormen een risicogroep voor ernstige problematiek. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij de steun die nodig is. Er zijn echter nog weinig duidelijke methoden ontwikkeld voor de aanpak van deze problematiek. Wel zijn er wat gunstige ervaringen met zelfhulpgroepen.

VISSER, A.PH., A. KERKHOF.

Veroudering en suïcide: impressies van het "Second European Symposium on suicidal behavior"

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 258-259.  
ruu-bcu

Kort verslag van enkele lezingen. Suïcide bij ouderen is zowel in Nederland als in andere westerse landen een veel voorkomend verschijnsel. Een derde van alle suïcides komt op rekening van mensen die ouder zijn dan 60 jaar. Er is de laatste jaren een sterke stijging onder 80 en ouder. Suïcidepreventie is volgens Visser en Kerkhof van belang; gezondheidseducatie over suïcideproblematiek onder ouderen zou de vroege opsporing kunnen bevorderen. Verder moet er meer coördinatie van de preventieve activiteiten van hulpverleners komen.

### **1.3 informatieve beschrijvingen van problemen/stoornissen, speciaal bestemd voor functionarissen in de eerstelijns**

HANSEN, N.

Abused and neglected elderly: what can the family physician do?  
Canadian Family Physician; 32, 1986, p. 2639-2644, 37 lit. opgn.

Uitvoerige analyse van het verschijnsel mishandeling en verwaarlozing van ouderen. Er kunnen vele soorten oorzaken voor zijn. Op grond van literatuur wordt een aantal factoren besproken die het risico kunnen vergroten (zowel bij het slachtoffer als bij de actor). Vaak gaat de actie uit van de persoon die voor de oudere zorgt. Diagnostiek en interventies moeten dan ook vooral gericht zijn op de gezinsrelatie. Hiervoor wordt een aantal aanbevelingen gegeven. De huisarts zou hierin een centrale rol moeten vervullen.

HOBBS, R., A. WILLIAMS.

Confusion and dementia.

Update; 38, 1989, p. 1177-1183, 0 lit. opgn.

nivel (C 2817)

Globaal overzicht van verschijnselen, oorzaken en behandelingsmogelijkheden (door de huisarts) van resp. verwardheid en dementie.

MERRILL, J., S. EDWARDS.

Attempted suicide in the elderly.

Update; 38, 1989, p. 373-376, 3 lit. opgn.

nivel (C 2846)

Globaal overzicht van epidemiologie, assessment en hulpverlening bij suïcidepogingen van ouderen. Enkele aanbevelingen voor de aanpak door huisartsen worden gedaan.

OEI, T.T.

Bejaardenmishandeling: herkennen en definiëren.

Senior; 35, 1989, p. 61-65, 0 lit. opgn.

nivel (C 2852)

Uiteenzetting over het probleem "mishandeling van bejaarden", dat veel voorkomt, in velerlei verschijningsvormen (lichamelijke, psychische, financiële mishandeling, verwaarlozing). De mishandeling kan uitgevoerd worden door gezin/familie of hulpverleners. Afhankelijkheid, evt. samenhangend met invaliditeit, speelt een belangrijke rol, evenals spanningen bij familie of hulpverleners. Vaak wordt mishandeling

gemaskeerd, ouderen zijn soms te bang om het aan iemand te vertellen. Het artikel geeft enkele tips hoe met deze problematiek om te gaan.

OLSEN-NOLL, C., M.F. BOSWORTH.

Alcohol abuse in the elderly.

American Family Physician; 39, 1989, p. 173-179, 26 lit. opgn.

niveau (C 2853)

Uiteenzetting, mede aan de hand van literatuur, over alcoholisme bij ouderen. Het probleem komt weinig aan het licht bij de arts en andere hulpverleners. Een gerichte behandeling blijft vaak achterwege. Ingegaan wordt op de specifieke sociale en psychologische aspecten van het probleem bij ouderen.

THORPE, L.U.

Depressive disorders in old age: an overview.

Canadian Family Physician; 35, 1989, p. 657-661, 7 lit. opgn.

niveau

Kort overzicht van klachten, oorzaken, diagnostiek en behandelingsmogelijkheden van depressie bij ouderen, speciaal gericht op huisartsen. Door de vele mogelijke complicerende factoren is de diagnostiek niet eenvoudig, maar wel erg belangrijk. Behandeling met anti-depressiva kan goede effecten hebben, maar bij ouderen moet extra aandacht gegeven worden aan schadelijke bijwerkingen.

## 2. EPIDEMIOLOGIE

BOERSMA, F., J.W. GROOTHOFF, J.A. EEFSTING.

Het dementiesyndroom in de praktijk van 15 huisartsen. Een oriënterend prevalentieonderzoek in de regio Zwolle.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 20, 1989, p. 153-157, 23 lit. opgn. niveau (C 2784)

In een pilot-onderzoek bij 15 huisartsen in de regio Zwolle is getracht een indicatie te verkrijgen van de prevalentie van het dementiesyndroom bij thuiswonende ouderen. Van de populatie van 65 jaar en ouder vertoont naar het oordeel van de huisarts - op basis van de Clinical Dementia Rating - 4,4% symptomen van dementie, een percentage dat in vergelijking met buitenlandse onderzoeken laag is. Opvallend is het verschil in prevalentie tussen stad (2,8%) en platteland (5,7%). De meest voor de hand liggende verklaring is de betere informele zorg in de plattelandsgemeenten rondom Zwolle en de hogere tolerantie voor demente bejaarden, waardoor opname in verpleeghuizen wordt voorkomen. Ondersteuning van deze veronderstelling is te vinden in het identieke verschil in opnamecijfers voor verpleeghuizen.

Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op het krijgen van het dementiesyndroom toe, hoewel niet gelijkmatig. Ondanks het erkend belang van een gedegen diagnostisch onderzoek bij demente ouderen, geschiedt dit in slechts geringe mate. De auteurs pleiten voor een uitgebreider onderzoek naar de prevalentie. Dit maakt planning van en beleid voor voorzieningen voor deze categorie patiënten beter mogelijk. (aut.ref.)

COPELAND, J.R.M.

The epidemiology of the mental disorders of old age.

Current Opinion in Psychiatry; 1, 1988, p. 491-498, 33 lit. opgn. niveau (C 2796)

Overzicht van recente literatuur m.b.t. epidemiologisch onderzoek van psychogeriatrische problemen, m.n. dementie en depressie. Onderzoeksresultaten zijn nog moeilijk te vergelijken door methodologische tekortkomingen, uiteenlopende diagnostische criteria en instrumenten.

Een aantal diagnostische methoden wordt kort besproken.

GENUCHTEN, H.J.M. VAN.

Psychogeriatrische problematiek in Amsterdamse huisartsenpraktijken.

Nijmegen: KU. 1983; doctoraalscriptie, ca. 130 lit. opgn.

NcGv

Verslag van een interview- en vragenlijstonderzoek onder 22 huisartsen. De huisartsen menen dat 17% van de oudere patiënten met psychogeriatrische problematiek te kampen hebben. Eenzaamheidsproblematiek wordt het meest genoemd, gevolgd door dementie. De huisartsen ervaren problemen bij het onderkennen en behandelen van psychogeriatrische patiënten en hebben behoefte aan ondersteuning, o.a. van een S.P.G.D. (Sociaal- Psychiatrische Geriatrische Dienst) of G.A.A.Z. (Geriatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis).

Via een schriftelijke enquête, onder 100 huisartsen, waarin men vragen moest beantwoorden over resp. een "oude" en een "jonge" casus, werd de attitude t.o.v. oudere patiënten onderzocht. Er bleken verschillen te zijn in: hypothesen over probleem en oorzaak (o.a. bij jongere eerder als "psychisch" geduid, bij oudere eerder "somatisch"), manier van behandelen, al of niet doorverwijzen, medicijnen voorschrijven, huisbezoek afleggen.

HEUVEL, W.J.A. VAN DEN.

Determinanten van gezondheid bij ouderen.

In: W.J.A. Goedhart, D.L. Knook (eds).

Preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu. 1988. pg. 16-27, 38 lit. opgn.

nivel (C 2816)

Uiteenzetting aan de hand van literatuur over factoren die invloed hebben op ziekte van ouderen. Omdat factoren uit het (verre) verleden vaak niet meer te traceren zijn, wordt vooral gekeken naar determinanten die samenhangen met:

- het gebruik van voorzieningen (gezondheidstoestand, gezondheidsopvattingen, kennis van voorzieningen, financiën, woon- en leef-situatie, sociale ondersteuning, persoonskenmerken, het functioneren van de gezondheidszorg)
- gezondheidstoestand en zorgbehoefte
- het verloop van ziekte

verder is het van belang te kijken welke risicogroepen te onderscheiden zijn. Op basis van empirisch onderzoek zijn dit: recent verhuisden, alleenstaanden, recent uit het ziekenhuis ontslagenen, ouder dan 80 jaar, recent verweduwd, ouderen met een laag inkomen.

HEUVEL, W.J.A. VAN DEN.

Mogelijkheden van preventie bij ouderen.

in: C.M.H. Hosman, e.a.

Preventie in-zicht.

Lisse: Swets & Zeitlinger, 1988.

NcGv

Verslag van een onderzoek waarin bij 192 zelfstandig wonende bejaarden aan de hand van 18 variabelen risicoprofielen werden opgesteld. Daaruit bleek dat:

- alleenstaande ouderen kwetsbaarder zijn dan ouderen met een partner; zij ondervinden minder sociale steun en beleven vaak gevoelens van eenzaamheid. Wat betreft "psychische hulpbronnen" hebben ze geen achterstand.
- ouderen zonder kinderen scoren op bijna alle 18 variabelen ongunstig.
- bewoners van een "volkswijk" wijken niet af van het totale risicoprofiel
- vrouwen, jonger dan 75 jaar zijn vooral kwetsbaar vanwege een verlaagde zelfwaardering en psychische weerbaarheid.
- mensen, ouder dan 75 jaar, hebben meer problemen met zelfredzaamheid en hebben een negatievere gezondheidsbeleving.

HORN, G.H.M.M. TEN.

Epidemiologisch onderzoek naar dementie.

in: Th.J. Houweling, M.W. Ribbe, F. van 't Hooft, H.v.d.Berg, P.A.Ykelenstam (red).

Oud(-er) worden nu. Symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut. 1987, pg. 75-81, 24 lit. opgn. niveau (C 2823)

Kort overzicht van methodologische problematiek van epidemiologisch onderzoek bij dementie, zoals gebrek aan eenduidigheid bij de definitie van het ziektebeeld en het gebruik van verschillende soorten meetinstrumenten en populaties. De meeste onderzoeken komen uit op een prevalentie van ca. 10% onder mensen van 65 jaar en ouder. Van

een prevalentie van ca. 10% onder mensen van 65 jaar en ouder. van de psychiatrische stoornissen bij ouderen is ongeveer de helft dementie.

HORN, G.H.M.M. TEN.

Epidemiologisch onderzoek naar dementie.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 43, 1989, p. 55-58, 27 lit. opgn.  
niveau (C 2822)

Zie referaat Ten Horn (1987).

JACHUCK, S.A., S.A. STOBO, A. SAHGAL.

Evaluation of the mental function of the elderly in a general practice.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, 123-124, 11  
lit. opgn.

niveau

Verslag van een onderzoek onder 378 patiënten (>70 jaar) uit een huisartspraktijk met een "mental function test" (een door Evans gemodificeerde versie van de vragenlijst van Blessed). Er wordt een overzicht gegeven van de statistische gegevens. Slechts 0,8 % scoorde zo laag dat van ernstige stoornissen sprake zou kunnen zijn. Een onderzoek met dezelfde lijst bij 209 patiënten die in een ziekenhuis waren opgenomen, leverde een percentage van 28 % op.

### 3.1 algemene aspecten van diagnostiek bij psychogeriatrische problemen

CAMMEN, T.J.M. VAN DER.

Zin en onzin van screening voor psychogeriatrische aandoeningen bij ouderen.

in: W.J.A. Goedhart, D.L. Knook (eds).

Preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu. 1988, pg. 43-54. 38 lit. opgn.  
niveau (C 2792)

Beschouwing over de vraag hoe preventieve diagnostiek bij ouderen het beste kan plaats vinden. Omdat de meest voorkomende psychogeriatrische verschijnselen, dementie en depressie, niet voldoen aan een aantal van de 10 criteria voor screening, heeft screening weinig zin. Wel is het zinvol preventieve case finding toe te passen, d.w.z. in een vroeg stadium die patiënten op te sporen waarvan de lichamelijke en/of psychosociale problematiek aanleiding geeft om te veronderstellen dat de betrokkene tot een risicogroep behoort.

DUPREE, L.W., R.L. PATTERSON.

Assessing deficits and supports in the elderly.

In: M.H. Hersen, S.M. Turner(ed).

Diagnostic interviewing.

New York: Plenum Press, 1985, p. 337-359, 60 lit. opgn.

niveau (C 2801)

Aan de hand van een uitvoerig literatuuroverzicht wordt een visie ontwikkeld op de diagnostiek bij ouderen. Gesteld wordt dat de klassieke, psychiatrische diagnostiek bij ouderen niet adequaat is. Enerzijds vanwege een aantal methodische problemen bijv. bij de afname van tests en interviews, anderzijds vanwege het feit dat het klassificeren naar bijv. DSM-III ziektebeelden bij ouderen niet erg relevant is. Bij hen moet de diagnostiek veel meer informatie geven over het functioneren van de persoon in zijn omgeving, over de behoefte aan bepaalde zorgvoorzieningen, over mogelijke interventies voor verbetering van het functioneren en over het vaststellen van veranderingen in de tijd.



voorgesteld wordt gebruik te maken van de "Behavioral Assessment Technique", een interviewmethode waarin men probeert, d.m.v. het uitvoerig beschrijven van concrete situaties, iemand te laten vertellen over de feitelijke gebeurtenissen en niet zo zeer over meningen en generalisaties. De methode wordt in het artikel, aan de hand van een interviewprotocol, beschreven.

EDINBERG, M.

Assessment of the elderly.

In: M. Edinberg.

Mental health practice with the elderly.

Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1985, p.123-139, lit. opgn. in index.

niveau (C 2802)

Beschrijving van de specifieke problematiek en methoden bij de diagnostiek van oudere patiënten. Veel diagnostische instrumenten zijn bij ouderen slecht toepasbaar door lage validiteit en betrouwbaarheid en door het ontbreken van normen voor hogere leeftijdscategorieën.

In het artikel wordt een overzicht gegeven van een aantal, vooral op screening gerichte, instrumenten, welke zonder uitvoerige instructies en voorkennis afgenomen kunnen worden door mensen die met psychogeriatrische problematiek te maken krijgen. Daarbij wordt de volgende indeling gehanteerd:

- fysiek/medisch (vragenlijsten als de OARS, ADL(Katz Activities of Daily Living Scale), IADL)
- mental status (MSQ(Mental Status Questionnaire), Face-Hand Test, OARS, CARE(Comprehensive Assessment and Referral Evaluation))
- mental functioning (het interview, OARS, Sandoz Clinical Assessment, GSD (Geriatric Depression Scale), SAGE)
- behavioral assessment (functionele analyse)

Van de meeste vragenlijsten zijn de items in het artikel opgenomen.

FORD, A., S.J. FOLMAR, R.B. SALMON, J.H. MEDALIE, A.W. ROY, S.S. GALAZKA.

Health and function in the old and very old.

Journal of the American Geriatrics Society; 36, 1988, p. 187-197, 53 lit. opgn.

niveau (C 2805)

Verslag van een onderzoek onder 113 ouderen (>74 jr) uit de normale populatie, waarin een brede inventarisatie wordt gemaakt van hun

gezondheidstoestand, middels gestructureerde interviews en epidemiologisch georiënteerd medisch onderzoek door een verpleegster en een arts. Op grond van de interviews kon een goede schatting gemaakt worden van de prevalentie van ziektebeelden en functionele problemen; de interviews zijn niet voldoende voor case-finding of het stellen van diagnoses. Op basis van de hier gehanteerde instrumenten kan een drie-dimensionaal classificatiesysteem opgezet worden met als factoren: functionele stoornissen, specifieke ziektes en mortaliteit. Dit systeem is van belang voor verder onderzoek en voor de medische praktijk.

FREER, CH.B.

Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, no. 275, p. 288-290, 25 lit. opgn.

nivel (C 2808)

O.m. op grond van literatuur wordt gesteld dat algemene screening van ouderen op nog niet gerapporteerde klachten, weinig zinvol is. Case-finding (het opsporen van nog verborgen klachten of problemen bij iemand die toch al op het spreekuur komt), ook wel "opportunistic case-finding" genoemd, biedt meer perspectieven. Deze benadering behoeft nog wel verbetering. Suggesties: meer aandacht besteden aan (belemmeringen voor) het functioneren van de oudere patiënt en aan gezondheidsbevordering.

MEAD, M.

Screening the elderly.

Update; 35, 1989, p.617-623, 9 lit. opgn.

nivel (C 2845)

Mede aan de hand van 7 onderzoeksartikelen, wordt een kritische bespreking gewijd aan voorstellen tot algemene screening van personen boven 75 jaar. Dit zou moeten gebeuren door mensen eenmaal per jaar thuis te bezoeken (door een verpleegster of health visitor). Assessment zou zich moeten richten op de volgende gebieden: sociale relaties/thuissituatie, mobiliteit, psychische toestand, zintuigen, continëntie, algemeen functioneren, medicijngebruik. Gesteld wordt dat de kosten niet opwegen tegen het nut van een dergelijke screening.

Een gerichte benadering van risicogroepen (bijv. diegenen die al niet meer op het spreekuur van de arts kunnen komen) heeft meer zin. Diegenen die de arts niet of nauwelijks kent, zijn in het algemeen goed gezond en hoeven dus niet gescreend te worden.

#### NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT.

Geriatric assessment methods for clinical decision making.

Journal of the American Geriatrics Society; 36, 1988, p. 342-347.

nivel (C 2786)

Als uitkomst van een consensus conferentie wordt een globaal overzicht gegeven van doelen, procedures en resultaten van "comprehensive geriatric assessment". Doelen zijn: verbetering van diagnostische precisie, ondersteuning van de selectie van interventies, aanbevelingen doen voor een optimale zorgomgeving, effecten voorspellen, het bijhouden (monitoring) van klinische veranderingen in de tijd.

"Comprehensive" wil zeggen: op de diverse aspecten van de problematiek gericht (lichamelijk, psychosociaal, omgeving, financieel, enz.) en multi-disciplinair.

Na een globale aanduiding van diverse methodes die hierbij gebruikt kunnen worden, wordt ingegaan op de verdere ontwikkeling van deze benadering en gesteld dat de resultaten positief zijn, mits de assessment wordt gevolgd door een aansluitende behandeling/zorg.

REUBEN, D.B., D.H. SOLOMON.

Assessment in geriatrics. Of caveats and names.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 570-572, 15 lit. opgn.

NIG

In het artikel wordt een poging gedaan om een aantal begrippen te verhelderen en definiëren:

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) is de meest omvattende term voor assessment van oudere patiënten. Bij elk concreet onderzoek (wetenschappelijk dan wel klinisch) moet gespecificeerd worden over welk(e) gebied(en) van het functioneren van de patiënt het gaat. Een van die gebieden kan zijn: het uitvoeren van functionele taken en sociale rollen. Hiervoor wordt wel de term "functionele assessment" gehanteerd, maar dit is dus een beperkter begrip dan

CGA. FA kan verder onderverdeeld worden in BADL, IADL en AAL (resp. basic, intermediate en advanced activities of daily living). De term "health status assessment" wordt wel gebruikt in vrijw dezelfde betekenis als CGA. De auteurs vinden dit niet verstand omdat gesuggereerd wordt dat het alleen om aspecten va gezondheid en ziekte gaat, terwijl CGA het totale functioneren, inclusi dat van de omgeving, omvat.

RUBENSTEIN, L, e.a.

Health status assessment for elderly patiënts: report of the society of gener internal medicine task force on health assessment.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1988, p. 562-569, 43 lit. opgn nivel (C 2864)

In dit artikel wordt een voorstel geformuleerd voor de wijze waarop e de instrumenten waarmee bij oudere patiënten diagnostiek kan worde bedreven. Bij health status assessment gaat het om het functionere van de patiënt op verschillende gebieden (multi-dimensioneel(liche melijk, psychisch en sociaal); liefst via multi-disciplinair onderzoek). N een overzicht van de doelen worden enkele methoden besproken di elke arts tijdens een consult met oudere patiënten kan gebruiken:

- een gericht klinisch interview
- vragenlijsten m.b.t. Instrumental ADL
- vragenlijsten m.b.t. Basic ADL
- depressie- en angstschalen
- mental status evaluation

Toepassing van deze methoden kost tijd en geld. Er zal gezocht moeten worden naar aanvullende financiëring. Verder zullen artse hiertoe opgeleid en bijgeschoold moeten worden.

RUBENSTEIN, L.Z., D. WIELAND.

Comprehensive geriatric assessment.

American Review of Gerontology and Geriatrics; 9, 1989, p. 145-192, 133 lit opgn.

nivel (C 2865)

Uitvoerig literatuuroverzicht van een assessment benadering, die er op is gericht een samenhangend beeld van de talloze te onderscheider aspecten van de problematiek van de geriatrische patiënt te krijgen.

het betreffen zowel de medische, als de psychosociale, als de functionele aspecten. De assessment is multidimensioneel en wordt meestal uitgevoerd door een multidisciplinair team. Dit laatste vooral in de intramurale setting; in de ambulante setting is dat moeilijker te realiseren. Onder de CGA vallen ook de geriatrische consultatieteams. Het artikel geeft een beschrijving van de verschillende varianten die onder deze brede noemer vallen.

Geconcludeerd wordt dat kwantitatief onderzoek naar de effectiviteit van deze aanpak nog niet veel heeft opgeleverd, door de zeer uiteenlopende vormgeving, methoden en doelgroepen, terwijl bovendien de assessment en de behandeling zo met elkaar verweven zijn, dat het moeilijk is de elementen afzonderlijk te evalueren. De ervaringen met comprehensive assessment zijn echter in algemeen positief.

TAYLOR, R., G. FORD.

Functional geriatric screening: a critical review of current developments.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985,

no. 275, p. 30-34, 16 lit. opgn.

nivel

Aan de hand van een literatuuroverzicht worden verschillende methoden besproken waarmee men geprobeerd heeft ouderen die risico lopen om psychosociale problemen te krijgen (of die ze al hebben), op te sporen (screening). Benadering van risicogroepen (zoals alleenstaanden, sociaal-economische status) levert te weinig "gevallen" op om als screeningsmethode gehanteerd te worden. Daarom wordt de voorkeur gegeven aan de "individuele" benadering met screeningsinstrumenten, waarvan er vier worden besproken: de Woodside 9-item screening letter, de Boston 10-item vulnerability index, de Wisconsin 8-item functional assessment screen en de Duke University 5-item IADL screener.

Gewezen wordt op twee belangrijke problemen bij deze instrumenten: in een setting waarin ouderen al regelmatig hun huisarts bezoeken, is het de vraag of je met een screeningsinstrument nog wel zo veel nieuwe gevallen zult vinden; verder wordt er in het algemeen weinig aandacht besteed aan veranderingen die op kunnen treden in gezondheidstoestand en functioneren van ouderen. Hierover zou meer onderzoek gedaan moeten worden.

Preventive care of the elderly: a review of current developments.

The Royal College of General Practitioners. Occasional Paper; 35, 1987, 53

pg.

niveau

Serie papers van een workshop over mogelijkheden en methoden in de eerstelijns bij screening en "case finding" van ouderen.

Ingegaan wordt op voor- en nadelen van verschillende methoden, waarvan steeds concrete voorbeelden worden gegeven. In het algemeen hebben deze betrekking op de algemene gezondheids-toestand, waarin psychische problematiek soms helemaal niet en meestal slechts beperkt aan de orde komt. Ingegaan wordt op het fenomeen "underreporting" bij ouderen.

De methoden liggen op een dimensie tussen een selectieve benadering (benadering van een groep die al op de een of andere manier geselecteerd is: een risicogroep, of na een voorselectie middels een "screening brief", of case finding in patiëntenpopulatie, enz.) en een universele benadering (waarin (een steekproef uit) de normale populatie wordt benaderd). De redactie spreekt zijn voorkeur uit voor de selectieve benadering.

### **3.2 onderzoek van de diagnostiek van psychogeriatrische problemen in de eerstelijns**

CURTIS, R., G. GELLER, E.J. STOKES, D.M. LEVINE, R.D. MOORE.

Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 310-316, 30 lit. opgn.

niveau (C 2895)

Verslag van een onderzoek onder 417 patiënten van een algemeen ziekenhuis. Op basis van een interview en afname van de CAGE questionnaire en de SMAST (Short Michigan Alcohol Screening Test) werd vastgesteld of er sprake was van alcoholisme. Dit bleek bij 27 % van de mensen jonger dan 60 en bij 21 % bij ouder dan 60 jaar het geval te zijn.

Er waren weinig verschillen in demografische gegevens tussen ouderen met en zonder alcoholisme. De afdelingsartsen hadden het alcoholisme bij 60 % van de jongeren en bij 37 % van de ouderen gediagnosticeerd. Het missen van de diagnose bij ouderen was sterker wanneer

deze blank, vrouw of nog niet opgeleid waren. Bij degenen die wel werden gediagnostiseerd volgde er bij de ouderen minder vaak een behandeling, gericht op het alcoholprobleem.

DIECKMAN, L., S.H. ZARIT, J.M. ZARIT, M. GATZ.  
The Alzheimer's Disease Knowledge test.  
the Gerontologist; 28, 1988, p. 402-407, 11 lit. opgn.  
niveau (C 2800)

De ADSK is een multiple-choice test om de kennis omtrent dementie te testen. Het artikel geeft een beschrijving van de test en de afname en geeft de resultaten van het psychometrisch onderzoek weer. De test heeft een voldoende interne consistentie. Gebrek aan informatie blijkt vaker voor te komen dan onjuiste informatie. De test zou gebruikt kunnen worden om de kennis van zorg- en hulpverleners te toetsen en als evaluatieinstrument bij onderwijs- en andere informatieve programma's.

ENGEDAL, K., K. GILJE, F. LILLEAAS.  
Diagnostic evaluation of the mentally impaired elderly living at home.  
Scandinavian Journal of Primary Health Care; 7, 1989, p. 5-11, 20 lit. opgn.  
niveau

Verslag van een onderzoek waarin de diagnostiek van dementieverschijnselen door een general practitioner bij de mensen thuis wordt vergeleken met psychogeriatrische assessment. Een willekeurige steekproef van 334 personen, ouder dan 75 jaar, werd onderzocht door een general practitioner (met een jaar geriatrieopleiding), m.b.v. een aantal medische en psychosociale methodieken (o.a. MMS en GMS). De psychogeriatrische assessment bestond uit o.a. een psychiatrisch interview en een aantal neurologische onderzoeken.

Ruim 10% van de proefpersonen werd door de general practitioner als "mentally impaired" gediagnostiseerd. Er werden 6 categorieën van oorzaken onderscheiden. In ca. 75 % van de gevallen gaf de general practitioner dezelfde oorzaak aan als de psychogeriatrische assessment.

NB. In deze steekproef kwamen slechts enkele gevallen voor waarin de oorzaak van de dementie reversibel was.

De auteurs geven suggesties voor een diagnostische programma bij gevallen van mental impairment.

FISCHER, L., P.F. VISINTAINER, R. SCHULZ.

Reliable assessment of cognitive impairment in dementia patiënts by family caregivers.

the Gerontologist; 29, 1989, p. 333-335, 12 lit. opgn.

nivel (C 2804)

Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de afname van de MMS (Folstein, Mini-Mental State Examination) door de verzorgers van dementiepatiënten. Van de 157 aangeschreven verzorgers deden er 53 aan het onderzoek mee. De op deze wijze verkregen scores correleren hoog met de MMS-scores op basis van beoordeling van het medisch dossier door psychiaters, artsen en sociaal werkers, die in Alzheimer gespecialiseerd zijn. De beschreven afnamemethode kan een alternatief zijn wanneer patiënten moeilijk naar een kliniek kunnen komen en/of de afname bemoeilijkt wordt door communicatieproblemen met de patiënt.

GERMAN, P.S., S.I. SHAPIRO, E.A. SKINNER, M. V. KORFF, L.E. KLEIN, R.W. TURNER, M.L. TEITELBAUM, J. BURKE, B.J. BURNS.

Detection and management of mental health problems of older patiënts by primary care providers.

Journal of the American Medical Association; 257, 1987, no.4, 489-493, 21 lit.opgn.

(een nederlandse vertaling van dit artikel is verschenen in Journal of the American Medical Association/N; 6, 1987, p. 219-224).

nivel

Verslag van een onderzoek naar de invloed van gegevens uit de General Health Questionnaire (GHQ) op de mate waarin huisartsen psychische problemen bij ouderen signaleren. De ondersignalering bij ouderen kan door deze informatie gecompenseerd worden. Ook het aantal therapeutische interventies neemt door deze feedback toe. Bij patiënten beneden de 65 jaar heeft deze feedback weinig invloed.

JACK, M.A., S.A. STOBO, L.A. SCOTT, A. SAHGAL, S.J. JACHUCK.

Prevalence of depression in general practice patiënts over 75 years of age.



Bij 285 patiënten van 75 jaar en ouder, die achtereenvolgens op het spreekuur kwamen van de huisarts, werd de Geriatric Depression Scale afgenomen (door een onderzoeker) en een interview gehouden (door een arts) om te beoordelen in hoeverre er klinische aanwijzingen voor depressie zijn.

Op grond van de vragenlijst was er bij 14% (mannen) tot 17% (vrouwen) sprake van lichte depressie, en bij 1% (mannen en vrouwen gelijk) ernstige depressie. Er was geen verband met leeftijd of geslacht.

Op grond van het klinisch oordeel waren 10% van de patiënten depressief. Meer dan de helft van degenen die volgens de schaal licht tot ernstig depressief waren, werden door de arts niet als zodanig gediagnostiseerd. In 4% van de gevallen beoordeelde de arts iemand als depressief, terwijl de schaal dit niet aangaf.

MANT, A., E.A. EYLAND, D.C. POND, N.A., R.W. SAUNDERS, A.H.B. CHANCELLOR.

Recognition of dementia in general practice: comparison of general practitioners' opinions with assessments using the Mini-Mental State Examination and the Blessed Dementia Rating Scale.

Family Practice; 5, 1988, p. 184-188, 12 lit. opgn.

niveau (C 2843)

Van 226 bewoners van bejaardencentra (75 jaar e.o.) werd door hun (17) huisartsen aangegeven of ze dement waren. Deze diagnose werd vergeleken met de uitkomsten van de MMSE (een kort diagnostisch interview) en de Blessed DRS (een vragenlijst voor de omgeving van de patiënt).

In 80 % van de gevallen stemt het oordeel van de arts overeen met een of twee van de tests. De specificiteit van de arts is hoog (correct vaststellen dat er geen dementie is), de sensitiviteit laag (de arts diagnostiseert slechts 50% van de patiënten die op grond van (een van) beide tests als dement zijn gelabeld. Dit laatste is m.n. het geval bij mensen die in de hoogste leeftijdscategorie zitten, of wanneer ze nog met iemand samenwonen, of wanneer er ook sprake is van depressie.

Gesteeld wordt dat het gebruik van een van de twee tests (onderling correleren ze hoog) een goede aanvulling kan zijn op het diagnostisch onderzoek van de huisarts.

MCDONALD, A.J.D.

Do general practitioners "miss" depression in elderly patients?  
British Medical Journal; 292, 1986, 1365-1367, 7 lit. opgn.  
niveau (C 2841)

Verslag van een onderzoek onder 12 huisartsen die na het consult met elke (van in totaal 235) patiënt (>65 jaar) moesten aangeven in hoeverre deze gedurende de laatste maand "depressief" was geweest en wat daarvan de oorzaak zou zijn. Deze oordelen werden vergeleken met de resultaten van een interview met de patiënt, waarin o.a. een depressievragenlijst werd afgenomen: de depressieschaal van de Comprehensive Assessment and Referral Evaluation.

In 71% van de gevallen was er overeenstemming tussen oordeel van de arts en de vragenlijstscore. De gevallen waarin er discrepantie was werden vnl. veroorzaakt doordat de arts iemand depressief vond terwijl de vragenlijst dat niet aangaf. Slechts in 11% van de gevallen van discrepantie was er sprake van het "missen" van depressie. De artsen waren dus veel sensitiever op het signaleren van depressie dan gewoonlijk wordt gevonden/aangenomen.

Het oordeel van depressie had slechts in een gering aantal gevallen tot gevolg dat de arts de patiënt verwees naar een specialist of medicijnen voorschreef. Mogelijk maakte het feit dat de arts er meestal toch geen consequenties aan verbond, het voor hem gemakkelijker om het label depressie te hanteren.

POLLIT, P.A., D.W. O'CONNOR, I. ANDERSON.

Mild dementia: perceptions and problems.  
Ageing and Society; 9 1989, p. 261-275, 21 lit. opgn.  
niveau (C 2856)

Onderzoek naar de waarneming van en reacties op mensen met een beginnende dementie, bij hun partners en/of kinderen. 34 ouderen bleven, na een algemene screeningtest en de afname van de CAMDEX, over, als lijdend aan "mild dementia" (vooral gekenmerkt door verlies van short-term geheugen). Met hun partners of anderen die met hen samenleven werd een interview gehouden.

Hoewel de - lichte - gedragsstoornissen in het algemeen wel opgemerkt werden, bleek men deze slechts zelden te zien als een teken van ziekte of iets waarover je je zorgen zou moeten maken. Partners vinden zichzelf vaak net zo gehandicapt, kinderen zien het vaak als een normaal verouderingsproces. Men zag in het algemeen weinig aanleiding om speciale hulp in te roepen, mede omdat de betrokkenen vaak nog redelijk in het dagelijks leven functioneerden. Op grond hiervan wordt de vraag gesteld of het wel (altijd) gewenst is patiënten met beginnende dementieverschijnselen en hun partners op de hoogte te stellen van de diagnose en op maatregelen aan te dringen. Dit ook gezien het feit dat het proces niet altijd voortschrijdt en in een aantal gevallen de patiënt al overlijdt voordat van verdere achteruitgang sprake is.

RAMSDELL, J.W., J.A. SWART, J.E. JACKSON, M. RENVALL.

The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 17-24, 23 lit. opgn.  
niveau (C 2857)

Bij 154 oudere patiënten, die poliklinisch werden onderzocht, via een comprehensive geriatric assessment procedure, werd nagegaan welke bijdrage aan de assessment wordt geleverd door een huisbezoek van een geriatrisch gespecialiseerd verpleegster. Tijdens dit huisbezoek (dat ca. 90 minuten duurt) neemt de verpleegster een interview af, evenals enkele cognitieve testjes, en zij observeert de thuissituatie en de wijze waarop de patiënt daarin functioneert.

Gemiddeld bleken hierdoor 2 nog niet ontdekte problemen naar voren te komen, terwijl 4 nieuwe aanbevelingen werden gedaan. 23% van de nieuwe problemen hadden kunnen leiden tot dood of ernstige ziekte. De meeste aanbevelingen hadden betrekking op veiligheid, welzijn van de verzorger en sociale problemen.

Geconcludeerd wordt dat een dergelijk huisbezoek een belangrijke aanvulling is op het medisch consult.

RAPP, S.R., K.M. DAVIS.

Geriatric depression: physicians' knowledge, perceptions and diagnostic practices.

the Gerontologist; 29, 1989, p. 252-257, 34 lit. opgn.  
niveau (C 2858)

Onderzoek naar factoren die kunnen verklaren waarom artsen minder depressieve klachten rapporteren dan aanwezig zijn. Onder 49 artsen in opleiding (medical residents) van een ziekenhuis werd een vragenlijst afgenomen, naar het vóórkomen van en omgaan met depressie bij oudere patiënten, die voor een lichamelijke ziekte zijn opgenomen. De resultaten werden vergeleken met die van een groep psychiaters en klinisch psychologen.

De artsen schatten dat depressies ruim 2 x zo vaak voorkomen als in werkelijkheid het geval is. Zij hebben een gebrekkige kennis van de diagnostische criteria voor depressie. Zij menen dat de depressies doorgaans veroorzaakt worden door psychosociale factoren, over de behandeling waarvan zij nogal pessimistisch zijn. Bij minder dan de helft van de artsen behoort onderzoek naar depressie tot de routine-handelingen; tijdgebrek speelt daarbij de belangrijkste rol. De auteurs doen suggesties voor een seminar dat tekortkomingen in kennis en attitudes bij artsen kan opheffen.

RUBIN, S.M., M.L. GLASSER, M.A. WERCKLE.

The examination of physicians' awareness of dementing disorders.

Journal of the American Geriatrics Society; 35, 1987, p. 1051-1058, 23 lit. opgn.

nivel (C 2866)

Verslag van een interviewonderzoek onder 50 algemeen internisten en huisartsen naar hun benadering en kennis van dementie. Er bleek grote variatie te zijn in kennis van (de oorzaken van) dementie. Neurologische assessmentmethoden werden door 80 % gebruikt, psychometrische instrumenten slechts door 6% . 42% gaf aan wel eens onderzoek te doen naar het cognitief functioneren van de patiënt, maar slechts 12% maakte daarbij gebruik van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten (meestal de MMSE).

TREMELLEN, J., D.A. JONES.

Attitudes and practices of the primary health care team towards assessing the very elderly.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 39, 1989, p. 142-144, 15 lit. opgn.

nivel

Verslag van een vragenlijstonderzoek onder 51 huisartsen, 24 health visitors en 22 community nurses, naar hun visie op de assessment van thuis wonende ouderen. Van elk van de drie groepen vond de meerderheid dat assessment bij de mensen thuis belangrijk is. Daarbij zou het vooral moeten gaan om "functionele assessment", gericht op het dagelijks functioneren van de oudere; dus niet zozeer op medische problematiek. Assessment is een taak voor een team; de health visitor zou hierin de hoofdrol moeten spelen, dat vinden vooral de artsen en verpleegsters; de health visitors vinden dat ze vooral ook hun tijd aan 0-5 jarigen moeten besteden.

De assessment zou zich vooral moeten richten op case finding en niet op algemene screening.

De auteurs doen enkele suggesties voor een betere (organisatie) van deze assessment.

WAYNE WESTON, W.

Screening for dementia in a family practice.

Canadian Family Physician; 33, 1987, p. 2495-2500, 19 lit. opgn.

nivel

Onder de 108 patiënten, ouder dan 65 jaar, uit een huisartspraktijk werd de Mini Mental State Examination (MMSE) afgenomen. Bij 5 van hen werd op grond hiervan een cognitieve stoornis vastgesteld. Elk van hen was door de huisarts al eerder als dement gediagnostiseerd. De MMSE voegt dus weinig toe aan het klinisch oordeel van de huisarts. 1 demente patiënt werd door de MMSE gemist. Mogelijk is de MMSE niet geschikt om lichte, beginnende vormen van dementie op te sporen. Voor de screening van ernstige vormen van dementie lijkt de huisarts (althans in deze praktijk) een "sensitiever instrument" te zijn.

WEVERS, C.W.J.

Signalering van dementie en depressie in een huisartspraktijk.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 18, 1987, p.179-186, 26 lit. opgn.

nivel (C 2890

Bij 548 65-plussers in een huisartsenpraktijk werden gegevens van een enquête onder patiënten, een vragenlijst bij de 2 huisartsen en gegevens uit contactregistratie met elkaar vergeleken. De gegevens hadden onder meer betrekking op de "geestelijke gesteldheid", waaronder aspecten van dementie en depressie.

binnen de items konden clusters onderscheiden worden die aanwijzing kunnen zijn voor resp. dementie en depressie. Er is geen sterk verband tussen het cluster dat bij de patiënt centraal staat en de reden voor het contact zoals door de huisarts opgegeven.

Huisartsen herkennen de klachten die bij dementie, resp. depressie horen wel, maar benoemen ze lang niet altijd in termen van de bijbehorende diagnostische categorieën. Bij depressieve klachten is er nogal eens verschil van mening tussen patiënt en arts over het voorkomen ervan.

Voor de discrepanties wordt als mogelijke redenen opgegeven: huisartsen vinden diagnostiek van dementie en depressie een te moeilijke materie; bij dementie zouden zij terugschrikken voor de mogelijke negatieve konsekventies (opname in ziekenhuis of verpleeghuis wordt bemoeilijkt).

### **3.3 Aanbevelingen voor de diagnostiek van psychogeriatrische problemen in de eerstelijns**

CAHN, J.M., A. FELINE.

Seniele dementie: een groot probleem voor de gezondheidszorg.

Patiënt Care; 13, 1986, p. 5-13, 6 lit. opgn.

nivel (C 2791)

Overzicht van informatie over dementie, bruikbaar voor artsen en andere hulpverleners. Criteria voor de diagnose van het klinisch syndroom zijn: geheugenstoornissen, tenminste één stoornis van hogere hersenfuncties (afasie, apraxie, e.d.), géén bewustzijnsstoornissen. De differentiaaldiagnose naar een aantal andere ziektebeelden wordt uiteengezet.

De relatie tussen dementiele gedragsvormen en verschillende conditionele factoren wordt weergegeven in een "somato-psycho-sociologisch" model.

Er wordt een aantal globale suggesties gedaan voor maatregelen die genomen kunnen worden om de patiënt zolang mogelijk in de eigen omgeving te laten functioneren. De huisarts moet daarin een coördinerende rol vervullen.

FOX, J.H., L.L. HESTON, R.D. TERRY.

De ziekte van Alzheimer onder de loep.

Patient Care; 14, 1987, p. 21-30, 9 lit. opgn.  
niveau (C 2806)

Voor artsen en andere hulpverleners geschreven informatie over de ziekte. Naast globale epidemiologische gegevens, vooral praktische informatie m.b.t. de diagnostiek. O.a. een aantal eenvoudige neurologische proefjes.

FOX, R.A.

Comprehensive assessment of elderly patiënts.

Canadian Family Physician; 32, 1986, p. 2619-2623, 4 lit. opgn.

niveau

Uiteenzetting over de diagnostische aanpak van oudere patiënten door huisartsen. Deze moet breed zijn, gericht op de functionele problemen die naar voren komen en de vraag of iemand nog zelfstandig kan blijven. Naast lichamelijke aspecten als mobiliteit, stabiliteit, incontinentie, moet in de diagnostiek aan de orde komen: cognitief functioneren en de mate van zelfstandigheid in activiteiten of daily living. Suggesties worden gegeven over de soort en wijze van advisering door de huisarts.

GRAAF, W.J. DE, P.E.H. HUPKENS.

Dementie als huisartsgeneeskundige opgave, een pleidooi voor een actieve benadering.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, suppl. H&P9, p. 25-29.

niveau

Globale beschrijving van verschijnselen en mogelijke oorzaken van dementie en aanbevelingen voor de diagnostiek.

KAPUST, L.R., S. WEINTRAUB.

THE HOME VISIT: FIELD ASSESSMENT OF MENTAL STATUS IMPAIRMENT IN THE ELDERLY.

the Gerontologist; 28, 1988, p. 112-115, 12 lit. opgn.

niveau (C 2830)

Beschreven wordt een observatiemethode waarmee bij ouderen thuis nagegaan kan worden in hoeverre er sprake is van achteruitgang in een aantal cognitieve mogelijkheden (aandacht, taal, gezeugen, visueel-

ruimteijk. De patiënt krijgt - als onderdeel van een uitgebreid onderzoek - 5 praktische opdrachten (zoals een kop thee inschenken). Het onderzoek wordt gedaan door een "clinical social worker". Het geeft een nuttige aanvulling op de overige informatiebronnen, m.n. meer inzicht in de mogelijkheden om nog in het dagelijks leven te functioneren.

PATTERSON, C.

The diagnosis and differential diagnosis of dementia and pseudo-dementia in the elderly.

Canadian Family Physician; 32, 1986, p. 2607-2610, 19 lit. opgn.

nivel

Na een uiteenzetting over het verschijnsel dementie, worden aanbevelingen gedaan voor de diagnose en behandeling. Speciale aandacht wordt gegeven aan de differentiaal-diagnose met pseudodementie en depressie.

PATTERSON, C.

Cognitive impairment in the elderly: case finding in family practice.

Canadian Family Physician; 35, 1989, p. 621-624, 14 lit. opgn.

nivel

Kort overzicht van de aard en oorzaken van cognitieve stoornissen bij ouderen. Voor het in een vroeg stadium opsporen ervan door de huisarts worden twee instrumenten aanbevolen: de Mini-Mental State Examination en de Short Portable Mental Status Questionnaire.

SIPSMA, D.H.

Sociaal-geriatrisch onderzoek.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 14, 1983, p. 231-235, 5 lit. opgn.

nivel (C 2875)

Uitgaande van de visie dat de problematiek van een bejaarde patiënt een zaak is van stoornissen in de mens-milieu interactie, wordt een methodiek beschreven voor de diagnostiek van psychogeriatrische problemen. Deze moet plaats vinden bij de patiënt thuis, door zowel een in de geriatrie geschoolde arts als een verpleegkundige, cq. maatschappelijk werkende. Het gaat zowel om observatie, als interview,



om te beginnen met de patiënt; de heteroanamnese komt aan het eind.

Aandachtsgebieden zijn: het psychosociaal gedrag van de patiënt en de wijze waarop diens zelfzorg functioneert; het psychosociaal gedrag van de omgeving en de wijze waarop zij zorg verlenen.

Pas nadat dit sociaal-geriatriesch onderzoek heeft plaats gevonden kan men overgaan tot een uitvoerig geriatriesch onderzoek, om een volledig beeld van de problematiek, de patiënt en diens omgeving te krijgen.

STALENHOEF, P.A.

Psychogeriatric.

The Practitioner; 7, 1990, p. 215-219, 26 lit. opgn.

ruu-bijl

Globaal overzicht van praktische aanbevelingen voor de huisarts m.b.t. de diagnostiek bij psychogeriatrische problemen.

TERLINGEN, M.G.M.

Psychologisch onderzoek in de thuissituatie: mogelijkheden voor huisarts en psycholoog.

in: Th.J.Houweling, M.W. Ribbe, F. van 't Hooft, H.v.d.Berg, P.A.Ykelenstam (reds).

Oud(-er) worden nu: symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut. 1987, pg. 75-81, 24 lit. opgn.

ruu-bijl

Korte uiteenzetting over het gebruik van tests voor de diagnostiek van cognitieve stoornissen bij ouderen. Dit moet in principe voorbehouden blijven aan de psycholoog, echter de huisarts kan er in sommige gevallen ook gebruik van maken. Dat moet dan wel zorgvuldig gebeuren, bijv. in het kader van een dementieprotocol. Gewaarschuwd wordt voor het gebruik van de Sandoz toets, die 77% onjuiste positieven oplevert.

BAAS, M.M., E.A.A. CORNELISSEN, M.L. FROHN-DE WINTER, J.A.C. BLEEKER.

Het gebruik van de BOP in een psychiatrische kliniek. Een praktijkonderzoek. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 15, 1984, p. 197-201, 5 lit. opgn. niveau (C 2778)

De Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP) is een observatieinstrument dat in de psychogeriatric veel gebruikt wordt.

Het kan goed discrimineren tussen demente en niet-demente ouderen. Dat bleek ook in dit onderzoek bij 74 opgenomen oudere patiënten; dit gold echter alleen voor de mannen. Bij vrouwen is de aard van de dementie van invloed op de BOP-score.

De behandelaars waren negatief over de mogelijkheden van de BOP bij het opstellen van behandelingsplannen: de informatie is te globaal en redundant.

BURKE, W.J., M.J. HOUSTON, S.J. BOUST, W.H. ROCCAFORTE.

Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 856-860, 24 lit. opgn. niveau (C 2787)

Verslag van een onderzoek onder 283 patiënten van een geriatric assessment afdeling. De scores op de GDS werden vergeleken met DSM-III diagnoses en scores op de Clinical Dementia Rating (CDR), die werden uitgevoerd op basis van de statussen. Zwaarder gestoorde Alzheimer patiënten waren niet in de steekproef opgenomen omdat zij de GDS niet konden invullen.

De GDS bleek goed te correleren met de psychiatrische diagnose in die gevallen dat er geen sprake was van dementie. Bij dementiepatiënten scoorde de GDS niet beter dan het toeval. Dit betekent dat de GDS alleen bruikbaar is bij niet dementerende patiënten.

CREVEL, H. VAN.

Diagnostiek bij dementie.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1987, p.1065-1068, 2 lit. opgn.

Globale aawijzingen voor de diagnostiek bij dementie. Dementie is een syndroom en geen eenduidige ziekte. Er zijn vele soorten oorzaken, die meestal niet behandelbaar zijn. De diagnose moet gesteld worden op basis van anamnese en heteroanamnese en onderzoek, vooral van de hogere cerebrale functies. Neuropsychologisch onderzoek kan daarbij nuttig zijn. Voor het vaststellen van de oorzaak van de dementie is meestal aanvullend onderzoek noodzakelijk, vooral bestaand uit grondig neurologisch onderzoek, in combinatie met anamnestiche gegevens.

Het betoog wordt geïllustreerd met casussen.

CREVEL, H. VAN.

Het nut van diagnostiek bij het dementiesyndroom.

in: H.J.M. Cools, e.a.(red).

Dilemma's in de geriatrie.

RU.Leiden, 1990; Boerhavecommissie. p. 67-75, 21 lit. opgn.

nivel (C 2795)

Bespreking van mogelijkheden en voor- en nadelen van diagnostiek bij dementie. Gesteld wordt dat de diagnostiek en behandeling van dementie in de geneeskunde nog weinig ontwikkeld zijn: de diagnostiek is weinig betrouwbaar, de therapeutische mogelijkheden gering.

De diagnostiek dient bij voorkeur verricht te worden door een (multi-disciplinair) psychogeriatrisch team, waarin de huisarts een belangrijke rol moet spelen. Vaststellen van de oorzaak van dementie is grotendeels afhankelijk van aanvullende (technische) diagnostiek. Deze is in het algemeen erg belastend voor de patiënt, terwijl het nuttig rendement nog niet duidelijk is. Belangrijk is na te gaan welke secundaire factoren een rol spelen en mogelijk via interventies beïnvloed kunnen worden.

Aanwijzingen worden gegeven voor wetenschappelijk onderzoek van de diagnostische mogelijkheden bij dementie.

DAVIS, P.B., L.N. ROBINS.

History-taking in the elderly with and without cognitive impairment.

How useful is it?

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 249-255, 21 lit. opgn.

Verslag van een onderzoek waarin materiaal van 5745 ouderen uit een epidemiologisch onderzoek werd geanalyseerd. Op basis van een DIS interview was vastgesteld in hoeverre iemand cognitieve functiestoornissen vertoonde en of er sprake was van andere psychiatrische stoornissen. Het bleek dat ouderen met lichte cognitieve stoornissen meer psychiatrische symptomen vertoonden dan mensen zonder die stoornissen. Nagegaan werd of dit verklaard zou kunnen worden door een minder adequate rapportage van mensen die cognitieve problemen hebben. Dit bleek niet het geval te zijn. Geconcludeerd wordt dat het erg belangrijk is om bij deze ouderen te vragen naar psychiatrische symptomen.

DAVIS, P.B., J.C. MORRIS, E. GRANT.

Brief screening tests versus clinical staging in senile dementia of the Alzheimer type.

Journal of the American Geriatrics Society; 38, 1990, p. 129-135, 46 lit. opgn. niveau (C 2798)

Verslag van een onderzoek naar de validiteit van een aantal korte dementievragenlijsten bij 74 proefpersonen. De scores op deze instrumenten werden vergeleken met de Washington University Clinical Dementia Rating (CDR), een betrouwbare klinische maat voor globale cognitieve stoornissen. De tests hebben in het algemeen een voldoende validiteit. De voorkeur wordt gegeven aan de uit 6 items bestaande Short Blessed Test. Overigens wordt ervoor gewaarschuwd dat dit soort tests alleen bruikbaar zijn voor researchdoeleinden of een eerste screening. In individuele gevallen moet de test aangevuld worden met nader klinisch onderzoek, omdat de foutenmarge toch te groot is.

ERKINJUNTTI, T., R. SULKAVA, J. WIKSTRÖM, L. AUTIO.

Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly.

Journal of the American Geriatrics Society; 35, 1987, p. 412-416, 14 lit. opgn. niveau (C 2803)

Verslag van een onderzoek naar de validiteit van deze test bij 119 ouderen uit de normale populatie en 282 ouderen die om diverse

redenen in een ziekennuis waren opgenomen. De sensitiviteit en specificiteit bleken behoorlijk hoog te zijn, wat betreft dementie (de sensitiviteit is bij de normale populatie lager dan bij opgenomen patiënten), bij delirium zijn de niveaus lager.

HOOPER, J.

Case finding in the elderly: does the primary care team already know enough?

British Medical Journal; 297, 1988, no. 6661, p.1450-1452, 15 lit. opgn.  
niveau (C 2819)

Instrument voor screening op algemene behoefte aan hulp: een vragenlijst in te vullen door de arts.

HOOIJER, C., W. VAN TILBURG.

Geriatric Mental State Schedule, GMS. Een psychiatrisch instrument in de psychogeriatric.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 103-111, 40 lit. opgn.  
niveau (C 2820)

Beschrijving van een Nederlandse vertaling van de GMS, een gestandaardiseerd, semi-gestructureerd interview. Het bestaat uit 548 items die alle belangrijke psychiatrische diagnosegebieden bestrijken. Uit eigen onderzoek blijkt de methode goed toepasbaar; het interview vergt ca. 1 uur (daarin worden dan ca. 100 items aan de orde gesteld). Psychiaters en psychologen blijken in één week voldoende getraind te kunnen worden.

HOOIJER, C., G.C. VAN DER VEER, W. DE RIJKE, W. VAN TILBURG.

Geriatric Mental State Schedule, GMS. Betrouwbaarheidsonderzoek van de nederlandse editie.

Tijdschrift voor Psychiatrie; 30, 1988, p. 692-705, 21 lit. opgn.  
niveau

De GMS is een een semi-gestructureerd, gestandaardiseerd klinisch psychiatrisch interview voor gebruik bij bejaarden. In dit artikel worden de resultaten beschreven van een betrouwbaarheidsonderzoek van de nederlandse versie van dit instrument. Proefpersonen waren resp. klinisch opgenomen demente patiënten, patiënten met psychiatrische

gedragstoornissen en een normale controlegroep, allen boven de 65 jaar. De GMS bleek even (hoog) betrouwbaar te zijn als de oorspronkelijke Engelse versie. Het artikel geeft gedetailleerde gegevens over de psychometrische aspecten.

HORN, L., C.I. COHEN, J. TERESI.

The EASI: a self-administered screening test for cognitive impairment in the elderly.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 848-855, 26 lit. opgn. niveau (C 2821)

Verslag van een onderzoek naar de waarde van de Early Assessment Self Inventory (EASI), een vragenlijst betreffende cognitief functioneren die gemakkelijk door ouderen zelf kan worden ingevuld. Afname bij 146 ouderen uit de normale populatie en 19 patiënten van een geheugenkliniek gaf een goede betrouwbaarheid te zien en een significante correlatie (iets boven de .70) met de MMSE en de MDRS.

KAFONEK, S., W.H. ETTINGER, R. ROCA, S. KITTNER, N. TAYLOR, P.S. GERMAN.

Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 29-34, 22 lit. opgn. niveau (C 2829)

Verslag van een onderzoek naar de validiteit van de MMSE en GDS, toegepast bij 134 patiënten die in een verpleeghuis werden opgenomen.

Vergelijking met de diagnose op grond van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, liet zien dat de MMSE 81% sensitief en 83% specifiek was bij het screenen op dementie. De GDS was 47% sensitief en 75% specifiek voor wat betreft depressie. Geconcludeerd wordt dat de MMSE een goede screening test is voor dementie bij geïnstitutionaliseerde ouderen, maar dat de GDS dat niet is t.a.v. depressie.

KATZ, S., M.W. STROUD.

Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 267-271, 44 lit. opgn. NIG

Een globaal overzicht en analyse van literatuur over de meting van het dagelijks functioneren van ouderen ("functional assessment").

Er verschijnen langzamerhand steeds meer artikelen over theorievorming en over (de waarde van) meetinstrumenten op dit terrein. De auteurs hebben zelf de Index of Activities in Daily Living (ADL) ontworpen en een indeling gemaakt van de verschillende componenten van dit functioneren. Zij laten de relevantie zien van het gebruik van dergelijke schalen voor diagnostiek, prognose en het meten van het effect van behandelingen. De functionele assessment is een noodzakelijke aanvulling op de diagnostiek, welke gericht is op classificatie naar ziektebeelden.

Tenslotte worden suggesties gedaan voor verder onderzoek.

KUKULL, W.A., E.B. LARSON.

Distinguishing Alzheimer's Disease from other dementias: questionnaire responses of close relatives and autopsy results.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 521-527, 22 lit. opgn. niveau (C 2834)

Verslag van een onderzoek naar de validiteit van de rapportage door de naaste familieleden van dementiepatiënten. Van 36 patiënten werden deze rapportages (middels een via de post verstuurd enquête) vergeleken met de klinische diagnose. De dementie kon op basis hiervan in het algemeen met een redelijke sensitiviteit vastgesteld worden, maar het onderscheid tussen Alzheimer en andere vormen van dementie bleek niet goed mogelijk. Dat betekent dat men voor dergelijke specifieke informatie niet kan afgaan op mededelingen van familieleden.

LINDEBOOM, J., C. JONKER.

Een korte test voor dementie-screening.

Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p.97-102, 11 lit. opgn. niveau (C 2838)

Beschrijving van de ADS3, een verkorte vorm van de ADS (Amsterdamse Dementie Screeningstest). Deze test is snel en eenvoudig af te nemen en kan dienen voor een eerste schifting tussen gevallen waarin dementie kan worden uitgesloten en gevallen die voor nader onderzoek in aanmerking komen.

Het artikel geeft de resultaten van psychometrisch onderzoek met de test weer.

MAGAZINER, J., S.S. BASSETT, J.R. HEBEL.

Predicting performance on the Mini-Mental State Examination.

Journal of the American Geriatrics Society; 35, 1987, p. 996-1000, 5 lit. opgn. niveau (C 2842)

Verslag van een onderzoek onder 783 vrouwen, ouder dan 65 jaar.

Bij hen werd de MMSE afgenomen en onderzocht of er een kortere versie van gemaakt kan worden. Het bleek mogelijk 7 items te selecteren die voldoende correleren met de totaalscore. Daarbij is het noodzakelijk rekening te houden met leeftijd x opleidingsniveau omdat de combinatie van deze factoren invloed heeft op de predictieve waarde van de verkorte versie.

NORRIS, J.T., D. GALLAGHER, A. WILSON, C.H. WINOGRAD.

Assessment of depression in geriatric medical outpatients: the validity of two screening measures.

Journal of the American Geriatrics Society; 35, 1987, p. 989-995, 22 lit. opgn. niveau (C 2851)

Verslag van een onderzoek waarin de BDI en de GDS werden afgenomen bij 68 patiënten (ouder dan 60) en vergeleken met een interview volgens de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS). Er werden hoge correlaties gevonden tussen de scores op de vragenlijsten en de DSM-III diagnose volgens het interview. De diagnose van de huisarts was in 64% van de gevallen in overeenstemming met vragenlijst- en interviewgegevens. De sensitiviteit was 0,33 en de specificiteit 0,75.

Gesteld wordt dat de vragenlijsten een belangrijke aanvulling kunnen zijn op de diagnostiek van de huisarts.

PLUGGE, L.A.

Een expertsysteem voor differentiële diagnostiek van het dementiesyndroom

Cobo-Bulletin; 22, 1989, p. 21-26, 8 lit. opgn.

niveau (C 2855)



Beschrijving van het computerprogramma "EVINCE", een expertsysteem waarin de kennis m.b.t. de diagnostiek van dementie verzameld is (criteria, symptomen, oorzaken, beslisprocedures, enz.). Door de gegevens van een patiënt in te voeren, kan het programma antwoord geven op een aantal diagnostische vragen m.b.t. dementie.

Vergelijking van de resultaten van het systeem bij 19 patiënten met en 10 zonder dementie, met de medische diagnose, laat zien dat er een hoge correlatie is tussen beide.

RAPP, S.R., S.P. PARISI, D.A. WALSH, C.E. WALLACE.

Detecting depression in elderly medical inpatients.

Journal of Consulting and Clinical Psychology; 56, 1988, p. 509-513, 21 lit.

opgn.

nivel (C 2859)

Verslag van een onderzoek onder 150 patiënten (>65jaar) van een algemeen ziekenhuis, waarin de psychiatrische diagnose depressie (gemeten m.b.v. een diagnostisch interview: SADS) werd vergeleken met het oordeel van een arts (op basis van het dossier bij ontslag uit het ziekenhuis) en een aantal vragenlijsten (BDI, SDS, GDS, BSI, GAS, MMSE).

Van de 23 patiënten met diagnose depressie werden er slechts 2 (8,7%) door de arts ontdekt, terwijl van de niet-depressieven 6 als depressief werden benoemd (4,7%).

M.b.v. de vragenlijsten was de detectie aanzienlijk beter. Ze hadden bovendien een goede betrouwbaarheid en waren gemakkelijk af te nemen (de proefpersonen hadden overigens geen dementieverschijnselen). De auteurs adviseren de vragenlijsten te gebruiken voor screening op depressie bij ouderen, zo mogelijk gevolgd door een diagnostisch interview.

Het artikel geeft uitvoerige psychometrische gegevens over de gebruikte instrumenten.

ROGERS, R.L., J.S. MEYER.

Computerized history and self-assessment questionnaire for diagnostic screening among patients with dementia.

Journal of the American Geriatrics Society; 36, 1988, p. 13-21, 19 lit. opgn.

nivel (C 2862)

Verlag van een onderzoek onder 140 dementiepatiënten en 101 ouderen zonder neurologische stoornissen, naar de validiteit van de Dementia Diagnostic Screening Questionnaire (DDSQ), een vragenlijst met 94 items die zowel door patiënten als mensen die hen verzorgen, ingevuld kan worden. De vragenlijstgegevens werden vergeleken met de diagnose na uitgebreid klinisch onderzoek. Voor de meeste subtypen van dementie werden hoge correlaties gevonden tussen de vragenlijst- en de klinische diagnose.

RUNCIMAN, P.

Health assessment of the elderly at home: the case for shared learning.

Journal of Advanced Nursing; 14, 1989, p.111-119, 27 lit. opgn.

nivel

Verlag van een onderzoek waarin bij 318 hulpverleners van verschillende professies (artsen, verpleegsters, health visitors, fysiotherapeuten, sociaal werkers) en verschillend ervaringsniveau werd nagegaan hoe zij omgaan met en staan tegenover assessment van ouderen in hun woonsituatie. Er bleken grote onderlinge verschillen te zijn, soms samenhangend met de professionele achtergrond. Op basis van de reacties werd een "prompt list" samengesteld, van onderwerpen die bij de assessment van ouderen aan de orde zouden moeten komen. Deze lijst bleek een nuttige functie te vervullen, zowel voor onderzoeksdoeleinden als voor interventieprogramma's bij de hulpverleners, gericht op verbetering van de assessment.

Tot slot worden suggesties gedaan voor verbetering van de opleiding en bijscholing op het gebied van hulpverlening aan ouderen.

SCHULTE, B.P.M.

Consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 133, 1989, p. 981-985, 11 lit. opgn.

nivel

Dit overzicht van afspraken m.b.t. de diagnostiek gaat uit van het begrip "dementiesyndroom", als klinisch beeld, dus zonder uitspraken over de etiologie. Uitgangspunt vormen de DSM-III criteria. De diagnose komt tot stand d.m.v. klinisch onderzoek; aanvullend (laboratorium of beeldvormend) onderzoek is geïndiceerd voor het vaststellen van de pathogenese.

Doordat de dementiepatiënt weinig of niet klaagt en gebrek aan ziekteinzicht heeft, is een hetero-anamnese altijd noodzakelijk.

Er moet neurologisch, psychiatrisch en neuropsychologisch onderzoek verricht worden. Dit moet gebeuren door een multi-disciplinair team, waarin de huisarts een essentiële plaats heeft (protocollaire diagnostiek).

Naast het vaststellen van de diagnose is vooral van belang:

- nagaan wat de zieke nog wel en wat hij niet meer kan
- wat zijn de psychosociale behoeften van patiënt en familie en welke hulp kan aan hen geboden worden?

Vergelijking met de Amerikaanse consensustekst laat geen essentiële verschillen zien.

SKURLA, E., J.C. ROGERS, T. SUNDERLAND.

Direct assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease: a controlled study.

Journal of the American Geriatrics Society; 36, 1988, p. 97-103, 15 lit. opgn. niveau (C 2976)

Verslag van een onderzoek onder 9 dementiepatiënten en 9 controleproefpersonen naar de relatie tussen een ADL-test (ADL Situational Test) en de CDR. Er bleek wel een relatie te zijn tussen het niveau van dagelijkse activiteiten en de mate van dementie, maar de correlatie is niet zo hoog. Hieruit wordt geconcludeerd dat ADL en ernst van de dementie twee verschillende concepten zijn, die afzonderlijk moeten worden gemeten.

SMITS, C.

De ontwikkeling van een Intakevragenlijst voor de Ambulante Ouderenzorg.

Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 167-168, 5 lit. opgn. niveau (C 2877)

Verslag van een lopend onderzoek naar twee vragenlijsten, ontwikkeld voor een RIAGG-ouderenafdeling. De ene vragenlijst wordt ingevuld door de cliënt, de andere door een informant (meestal een familielid). De bedoeling is niet om een diagnose te stellen, maar om een goede beschrijving van de probleemsituatie te verkrijgen. Voor het psychiatrische deel van de lijst werd gebruik gemaakt van de CARE. De lijst wordt bij een aantal RIAGGs gebruikt.

Het meten van de ernst van dementie: patiënt en verzorgers.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, 1990, p. 327-331, 27 lit. opgn.  
niveau

Overzicht van een aantal instrumenten dat gebruikt kan worden voor het vaststellen van de ernst van dementie. Deze worden ingedeeld naar: het cognitief functioneren en het dagelijks functioneren van de patiënt en de kwaliteit van leven van de verzorger.

De voorlopige resultaten van een eigen onderzoek op de neurologische afdeling van het AMC worden vermeld: het uitvoeren van complexere dagelijkse activiteiten gaat bij vrijwel alle patiënten achteruit; de helft heeft eveneens, zij het vaak in lichte mate, hulp nodig bij de persoonlijke verzorging; er is geen eenduidige relatie tussen mate van cognitieve achteruitgang en de belasting die door de verzorgers wordt ervaren en evenmin tussen cognitieve achteruitgang en gedragsveranderingen in het dagelijks leven.

THOMPSON, L.W., V. GONG, E. HASKINS, D. GALLAGHER.

Assessment of depression and dementia during the late years.

American Review of Gerontology and Geriatrics; 7, 1987, p. 295-324, 160 lit.  
opgn.

niveau (C 2882)

Uitvoerige bespreking van diverse psychologische tests en instrumenten die gebruikt kunnen worden bij de diagnostiek van depressie en dementie. Belangrijke vragen bij die diagnostiek zijn: in hoeverre zijn bij een patiënt geconstateerde verschijnselen een gevolg van een normaal verouderingsproces, dan wel van een ziekte; in hoeverre spelen psychosociale problemen een rol bij depressieve of cognitieve stoornissen; in hoeverre worden dementie symptomen veroorzaakt door een depressie?

Op basis van methodologische en onderzoeksgegevens wordt t.a.v. de belangrijkste instrumenten aangegeven welke waarde ze kunnen hebben bij het beantwoorden van bovengenoemde vragen. Gesteld wordt dat er nog veel research moet worden verricht om de diagnostiek van depressie en dementie te verbeteren, terwijl anderzijds het gebruik van de reeds beschikbare tests in de klinische praktijk nog niet optimaal is.

VERBEEK, G.

Consensus over dementie.

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; 44, 1989, p. 302-305, 0 lit. opgn.  
niveau

Verslag van een studiebijeenkomst over de diagnostiek van dementie, waarin consensus werd bereikt over een "dementieprotocol", waarin afspraken worden vastgelegd over de criteria voor de diagnose "dementie" (zie excerpt Schulte, B.P.M.). In dit verslag wordt ook aandacht besteed aan discussie die werd gevoerd over nut en bezwaren van vroegdiagnostiek bij dementie.

VERHEY, F.R.J., J. JOLLES.

Over de spraakverwarring rond het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer.

Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 89-96, 49 lit. opgn.  
niveau (C 2884)

Uiteenzetting over de verschillende definities van het begrip dementie en de relatie met de ziekte van Alzheimer. Langzamerhand komt er in de wetenschappelijke wereld steeds meer overeenstemming, maar deze dringt nog onvoldoende door in de praktijk. Beschreven worden de diagnostische richtlijnen die gehanteerd worden in de Maastrichtse Geheugenkliniek:

- i.p.v. het begrip "dementie" gebruikt men: "dementieel syndroom"
- voor het dementieel syndroom worden de DSM-III-R criteria gebruikt, aangevuld met het tijds criterium (minstens 3 maanden) en er moet sprake zijn van achteruitgang t.o.v. het premorbide niveau
- er wordt expliciet een uitspraak gedaan over de oorzaak
- het beloop wordt apart vermeld
- ook de belangrijkste cognitieve en gedragsafwijkingen worden apart vermeld
- de ernst wordt expliciet vermeld, bijv. m.b.v. de DSM-III-R criteria

VERSTRAETEN, P.F.J.

De GIP. Veertien observatieschalen voor psychogeriatrische gedragsproblemen.

Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 147-151, 19 lit. opgn.  
niveau (C 2885)

Beschrijving van de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP). Deze is, meer dan de veel gebruikte BOP, gericht op de specifieke gedragsproblemen van psychogeriatric verpleeghuisbewoners, gerontopsychiatric patiënten en dagbehandelingbezoekers.

De 82 items beslaan een breed scala van het gedragsrepertoire, verdeeld over 14 subschalen, welke ook afzonderlijk gebruikt kunnen worden. De resultaten van het psychometrisch onderzoek zijn bevredigend.

WILLENBRING, M.L., K.J. CHRISTENSEN, W.D. SPRING, R. RASMUSSEN.

Alcoholism screening in the elderly.

Journal of the American Geriatrics Society; 35, 1987, p. 864-869, 15 lit. opgn. niveau (C 2891)

Verslag van een onderzoek naar de validiteit van de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) bij het opsporen van oudere alcoholisten (in dit onderzoek waren het 52 gehospitaliseerde mannen, die werden vergeleken met 33 controleproefpersonen). De specificiteit en de sensitiviteit van de test bleken zeer hoog te zijn: alle patiënten werden correct geclassificeerd, terwijl dat bij 90% van de normale controleproefpersonen het geval was.

ZAUTRA, A.J., C.A. GUARNACCIA, J.W. REICH.

Factor structure of mental health measures for older adults.

Journal of Consulting and clinical psychology; 56, 1988, p. 514-519, 14 lit. opgn.

niveau (C 2892)

Verslag van een psychometrisch onderzoek onder 246 personen tussen 60 en 80 jaar, naar de MHI (Mental Health Inventory), de PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview) Demoralization Composite en de Bradburn Positive Affect Scale. De resultaten voor deze groep ouderen gaven aanleiding 10 subschalen te onderscheiden. Uit de factoranalyse kwamen twee globale factoren naar voren: Psychological Distress en Psychological Well-Being. Bij sommige subschalen bleek een verband te zijn met mate van life stress, bijv. al of niet recent een lichamelijke ziekte gehad, al of niet een partner verloren.

##### 4.1 door huisartsen

DINNER, D.S., M.K. ERMAN, TH. ROTH.

Hulp bij slaapproblemen in de geriatrie.

Patiënt Care (ned.uitgave); 17, 1990, p. 7-211, 10 lit. opgn.

nivel

Informatie voor de huisarts over slaapproblemen bij ouderen en hoe daarmee om te gaan. Van belang is na te gaan welke lichamelijke factoren een rol kunnen spelen, hoe het staat met geneesmiddelen-gebruik, hoe het slaappatroon er uit ziet en welke psychologische factoren een rol kunnen spelen. Ingegaan wordt op de toediening van farmaca en praktische aanwijzingen om het slapen te bevorderen.

GREENE, M.G., S. HOFFMAN, R. CHARON, R. ADELMAN.

Psychosocial concerns in the medical encounter: a comparison of the interactions of doctors with their old and young patiënts.

The Gerontologist; 27, 1987, p. 164-168, 36 lit. opgn.

nivel (C 2813)

Onderzocht wordt bij 5 artsen (met elk 8 patiënten) of er verschil is in wijze van omgaan met psychosociale problematiek bij oudere (>65) en jongere (<45) patiënten. De bandopnames van consulten worden geanalyseerd m.b.v. het GIA (Geriatric Interaction Analysis) systeem.

Oudere patiënten brengen meer medische en minder psychosociale problemen naar voren dan jongere. De artsen brengen uit zichzelf bij oudere mensen minder vaak psychosociale onderwerpen ter sprake dan bij jongere. Bij jongere patiënten gaat de arts vaker in op psychosociale problemen dan bij oudere, behalve wanneer de arts er zelf over begonnen is. De auteurs geven verschillende hypothesen om deze resultaten te verklaren. De onderzochte artsen zijn alle jonger dan 40 jaar.

HAM, R.

Getting the most out of a home visit.

Canadian Family Physician; 32, 1986, p. 2677-2682, 10 lit. opgn.

nivel

...over het belang van huisbezoek bij ouderen. Aandacht wordt gegeven aan indicaties, doelen, voordelen van huisbezoek. Het geeft de gelegenheid om eventuele nog onbekende problemen op het spoor te komen en te zien in hoeverre de oudere er in slaagt zelfstandig te blijven functioneren.

KAZIS, A., R.H. FRIEDMAN.

Improving medication compliance in the elderly.

Journal of the American Geriatrics Society; 36, 1988, p. 1161-1162, 12 lit. opgn.

nivel (C 2831)

Globaal overzicht van aanbevelingen voor huisartsen die er toe kunnen leiden dat oudere patiënten een beter gebruik maken van hun medicijnen. Presentatie en voorlichting zijn hierbij van groot belang, evenals het rekening houden met eventuele beperkte functionele mogelijkheden van oudere patiënten.

KEPPEL HESSELINK, J.M.

Antidepressiva bij ouderen: wees niet te terughoudend!

Geriatricie in de Praktijk; 1, 1990, p. 278-282, 7 lit. opgn.

nivel (C 2832)

Bewerking van een artikel van Baldmin, B. Informatief artikel voor huisartsen, waarin een kort overzicht wordt gegeven van soorten depressies bij ouderen, gevolgd door een uiteenzetting over het gebruik van antidepressiva. Gesteld wordt dat men meestal te terughoudend is met het voorschrijven van medicijnen. Belangrijk is te beginnen met lage doseringen, i.v.m. bijwerkingen. Als ondersteuning van de keuze van de medicatie wordt een beslissingsboom weergegeven.

LEXCHIN J.

Prescribing to the elderly: a review of the English language Canadian literature.

Canadian Family Physician; 35, 1989, p. 1613-1617, 40 lit. opgn.

nivel



Overzicht van onderzoeksgegevens m.b.t. het voorschrijven van medicijnen aan ouderen. Psychotrope en cardiovasculaire farmaca worden het meest voorgeschreven; oudere vrouwen krijgen meer medicijnen dan oudere mannen. Er zijn indicaties dat meer wordt voorgeschreven dan nodig is, m.n. psychotrope en antihypertensie farmaca. Bij ouderen treden meer schadelijke bijwerkingen op.

MEYBOOM-DE JONG, B., J. V.D. ENDE, J. DIJKEMA.

Prescription for the elderly patient by the general practitioner.

Allgemeinmedizin; 18, 1989, p. 74-78, 17 lit. opgn.

nivel (C 2848)

Verslag van een onderzoek naar de toediening van medicijnen door 22 huisartsen bij hun patiënten van 65 jaar en ouder. Een derde van de patiënten gebruikte geen medicijnen; 17% gebruikte 3 of meer verschillende soorten. Er is een toename met de leeftijd; ook mensen in bejaardentehuizen krijgen meer medicijnen voorgeschreven.

30% van de medicijnen zijn diuretica, benzodiazepines en beta blockers. Ook tranquillizers, anti-depressiva en andere CNS farmaca worden veel voorgeschreven, bij vrouwen meer dan bij mannen.

NOLAN, L., K. O'MALLEY.

Prescribing for the elderly: Part II. Prescribing patterns: differences due to age.

Journal of the American Geriatrics Society; 36,1988, p. 245-254, 75 lit. opgn.

nivel (C 2849)

Een literatuuroverzicht van onderzoek naar het voorschrijven van medicijnen bij ouderen. De algemene opinie dat ouderen veel meer medicijnen krijgen dan jongeren moet genuanceerd worden. Het gaat zeker op voor diegenen die in instituties e.d. zijn opgenomen, maar m.b.t. de situatie in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn geen duidelijke onderzoeksresultaten voorhanden. Men moet ook voorzichtig zijn met extrapolatie van onderzoeksresultaten van het ene land naar het andere. Er worden aanbevelingen gegeven voor verder onderzoek.

OFFERHAUS, L.

Geneesmiddelen en bejaarden; recente vorderingen in de geriatrische klinische farmacologie.

medicijnen bij ouderen. Geneeskunde, 198, 1989, p. 2315-2320, 63 lit. opgn.  
niveau

Overzicht van literatuur die betrekking heeft op een aantal groepen van medicijnen die bij bejaarden nogal eens problemen kunnen opleveren. Daaronder ook de psychofarmaca. Van tranquillizers, antidepressiva en neuroleptica worden gegevens vermeld over bijwerkingen en aanbevelingen gedaan m.b.t. het gebruik ervan.

PREIKSAITIS, H.G., M. GORDON.

Prescribing drugs for the elderly: reaching therapeutic goals.

Canadian Family Physician; 32, 1986, p. 2633-2637, 24 lit. opgn.

niveau

Uiteenzetting over een aantal belangrijke zaken waar huisartsen op moeten letten bij het voorschrijven van medicijnen aan ouderen. O.a. schadelijke bijeffecten, fouten bij het gebruik (zowel te veel als te weinig gebruiken), vaak meerdere medicaties tegelijk. Belangrijk is een precieze formulering van doel en gebruik van de medicijnen en een regelmatige controle.

RUIJTER, G.N. DE.

Slaapstoornissen bij bejaarden: sluit psychiatrische aspecten niet uit.

Geriatric in de Praktijk; 1, 1990, p. 252-254, 15 lit. opgn.

niveau (C 2868)

Bewerking van een artikel van A. Damie. Korte uiteenzetting t.b.v. huisartsen, over slaapproblemen bij ouderen, de eventuele relatie met psychiatrische aandoeningen en de mogelijke behandelingen door huisartsen. Daarbij worden vooral de medicamenteuze therapieën uitgewerkt.

RUIJTER, G.N. DE.

Verwardheid door somatische aandoeningen.

Geriatric in de Praktijk; 1, 1990, p. 150-155, 0 lit. opgn.

niveau (C 2869)

Bewerking van een artikel van Eccles, J. Informatief artikel voor huisartsen. Na een kort overzicht van soorten verwardheidstoestanden,

wordt ingegaan op het (diagnostisch) onderzoek, waarin een uitgebreide anamnese (vaak via de omgeving) een belangrijke plaats inneemt. De behandelingsindicaties lopen erg uiteen, afhankelijk van de soort oorzaak. Een multidisciplinaire aanpak is in het algemeen noodzakelijk.

SCHOLS, J.M.G.A.

Slaapproblemen bij de oudere mens.

Geriatric in de Praktijk; 1, 1990, p. 318-321, 13 lit. opgn.

nivel (C 2871)

Kort informatief artikel, waarin eerst enkele algemene aspecten van slapen worden besproken, waaronder de normale veranderingen in slaappatronen bij het ouder worden. Behandeling van slaapproblemen mag pas plaats vinden na uitvoerig onderzoek, moet zo mogelijk gericht zijn op het wegnemen van de oorzaak en anders bestaan in toedienen van medicijnen die het slapen bevorderen. De auteur noemt een aantal voorwaarden waaraan dergelijke slaapmiddelen t.b.v. ouderen moeten voldoen.

SCHOUTEN, J.

Psychofarmaca in de geriatrie.

Geriatric in de Praktijk; 1, 1990, 21-29, 0 lit. opgn.

nivel (C 2872)

Overzicht van psychofarmaca die m.n. bij ouderen gebruikt kunnen worden. Gegevens over indicatie en effecten worden vermeld. Belangrijk is de juiste dosering die, i.v.m. bijeffecten, vaak lager moet zijn dan bij jongere patiënten.

SLOAN, J.P.

The family physician and nursing home care.

Canadian Family Physician; 35, 1989, 597-602, 16 lit. opgn.

nivel

Beschrijving van de taken en werkzaamheden van de huisarts die werkt t.b.v. de patiënten in een verpleeghuis. Coördinatie en multidisciplinaire samenwerking zijn van belang. Er moet een "care plan" opgesteld worden; in het artikel worden hiervoor suggesties gegeven

en een aantal problemen genoemd die niet opstellen ervan kunnen bemoedigen.

VRIES, A.D. DE.

Problemen in de relatie met ouderen met dementiële verschijnselen. Mening van een huisarts.

in: Th.J. Houweling, M.W. Ribbe, F. van 't Hooft, H.v.d.Berg, P.A.Ykelenstam (red).

Oud(-er) worden nu. Symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut. 1987, pg. 214-218, 0 lit. opgn.

nivel (C 2887)

Uiteenzetting over de ervaringen van huisartsen met dementiepatiënten. Een aantal suggesties wordt gegeven voor de manier waarop deze problematiek benaderd zou kunnen worden.

WALTERS, R.M.

Prescribing requirements of the elderly mentally handicapped: future demands on primary health care teams.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 38 1988, p. 317-319, 10 lit. opgn.

nivel

Verslag van een onderzoek naar de recepten die voorgeschreven worden bij 269 oudere, zwakzinnige, opgenomen patiënten (> 60 jaar). Er blijkt een grote verscheidenheid aan farmaca gegeven te worden. Een zorgvuldige diagnostiek is nodig en wordt bemoeilijkt doordat de patiënten vaak niet in staat zijn hier mentaal op in te spelen. De auteur wijst op het gevaar dat - wanneer deze patiënten in de toekomst vaker thuis of in gemeenschappen worden opgenomen - de huisarts mogelijk niet in staat zal zijn om deze diagnostiek op adequate wijze uit te voeren.

ZEE, B.V.D.

Oudere patiënt en psychosociale problematiek.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, p. 126-128, 6 lit. opgn.

nivel

Verlag van een onderzoek waarin 400 huisartsconsulten en huisbezoeken werden geobserveerd en aan de 7 deelnemende huisartsen vragen werden gesteld. Het bleek dat de huisartsen bij oudere patiënten (>55 jaar) in mindere mate ingaan op de beleving en gevoelens t.a.v. de klachten dan bij jongere. Dit kwam echter niet door de leeftijd op zich, maar doordat ouderen hun klachten in mindere mate psychosociaal presenteren. De duur van de consulten was bij ouderen korter, maar dat hing opnieuw samen met de wijze van presenteren van de klachten. Het oordeel van de arts over de mate waarin een klacht psychosociaal is, is vooral afhankelijk van de wijze waarop de patiënt deze presenteert.

Het aantal verwijzingen naar de RIAGG was te laag voor een zinvolle vergelijking tussen de leeftijdsgroepen.

**ZWANIKKEN, C.P.**

Seksualiteit bij ouderen, een praktisch overzicht.

Geriatric in de Praktijk; 1, 1990. 101-104, 0 lit. opgn.

nivel (C 2893)

Bewerking van een artikel van Thienhaus, O.J. tot een informatief verhaal voor huisartsen. Samenvatting van verschillende soorten seksuele problemen die zich bij ouderen kunnen voordoen, factoren die daarbij een rol kunnen spelen en soorten behandelingen.

## **4.2 door wijkverpleging en gezinszorg**

**BUIJSSEN, H.**

Omgaan met demente cliënten: succesformules bestaan niet.

Tijdschrift voor Gezinsverzorging; 18, 1988, p. 10-11.

nivel (C 2788)

Opsomming van een aantal adviezen m.b.t. de omgang met demente personen:

- probeer de cliënt niets nieuws te leren
- houd rekening met het (lage) tempo en het belang van orde en regelmaat
- probeer zoveel mogelijk aan de weet te komen over dementie

BUIJSSEN, H.

Als het leven tot een last wordt: depressie en verpleegkundige hulpverlening. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 17, 1989, p. 4-8, 1 lit. opgn. niveau (C 2790)

Informatie t.b.v. wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden over depressie, m.n. bij ouderen en hoe daarmee om te gaan. Oorzaken van depressie bij ouderen zijn vaker lichamelijke problemen dan verlies van dierbare personen. Dat is ook een van de redenen waarom ouderen vaak geen hulp zoeken bij de huisarts voor depressieve klachten. Als ze wel hulp zoeken, doen ze dit vaak voor de lichamelijke klachten.

Als de arts daar uitsluitend op in gaat, zal hij vaak de depressieve problematiek missen. De wijkverpleegkundige en wijkzakenverzorgende komen veel in aanraking met depressie. Er wordt een aantal suggesties gegeven hoe zij met deze problematiek om kunnen gaan.

BUIJSSEN, H.

Preventief huisbezoek is beslist de moeite waard!

Maatschappelijke Gezondheidszorg, 17, 1989, p. 16-19, 2 lit. opgn. niveau (C 2789)

Uiteenzetting over het belang en de mogelijkheden van preventief huisbezoek door wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden. Het gaat daarbij om **primaire** preventie (sedundaire preventie, d.w.z. screening op klachten en ziektes, is meer een zaak voor de arts en heeft het gevaar van medicalisering in zich). Doelstelling daarbij is de oudere zoveel mogelijk zelf oplossingen te laten vinden. Voorbeelden worden gegeven waarin preventieve huisbezoeken nuttig kunnen zijn: leefgewoonten, medicijngebruik, voeding, voorbereiding op het mogelijk verlies van de partner(afhankelijkheid doorbreken).

ROSSUM, H.J.L. VAN, C.M.A. FREDERIKS.

Heeft preventief ouderenbezoek door wijkverpleegkundigen zin?

Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 3-6, 20 lit. opgn. niveau (C 2863)

Uiteenzetting over de verschillende standpunten t.a.v. preventief ouderenbezoek. Doelstellingen zouden moeten zijn: adviseren, sig-

naleren, verwijzen. Screening geeft het gevaar van medicalisering; inbreuk op privacy en aantasting van de zelfzorg zijn andere nadelen. In Nederland is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van preventief huisbezoek. De auteurs geven enkele voorwaarden waaraan dergelijk onderzoek moet voldoen en vatten een drietal buitenlandse onderzoeken samen. Met enige voorzichtigheid wordt geconcludeerd dat er aanwijzingen zijn voor een gunstig effect van het preventieve huisbezoek.

VLIET, A.C.F. VAN.

Problemen in de relatie met ouderen met dementiële verschijnselen.

in: Th.J. Houweling, M.W. Ribbe, F. van 't Hooft, H.v.d.Berg, P.A.Ykelenstam (red).

Oud(-er) worden nu: symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut, 1987. pg. 219-223, 2 lit. opgn.

nivel (C 2886)

Korte uiteenzetting over de mogelijkheden vanuit de wijkverpleging voor de hulpverlening aan demente ouderen. Knelpunten zitten vooral in: te weinig tijd, kennis van "dementie" is bij wijkverpleegkundigen niet voldoende, grenzen en afstemming met andere disciplines, tekort aan mantelzorg, lange wachtlijsten voor opname in dagbehandeling van verpleeghuis.

### 4.3 Algemene aspecten

BAUMGARTEN, M.

The health of persons giving care to the the demented elderly: a critical review of the literature.

Journal Clinical Epidemiology; 42, 1989, p. 1137-1148, 59 lit. opgn.

nivel (C 2781)

Bespreking van 28 studies waarin nagegaan is welke effecten op de gezondheid het heeft wanneer mensen hun demente gezins- of familieleden verzorgen. Meestal wordt gezondheid uitgedrukt in depressie, psychiatrische of psychologische problemen, of ervaren last ("perceived caregiving burden"). Mede doordat er nogal wat methodologische bezwaren aan de meeste onderzoeken kleven, zijn er geen algemene conclusies te trekken. Wel worden aanbevelingen

geëaant voor verder onderzoek: betere methodologie; longitudinale studies; meer aandacht voor factoren als coping, sociale steun, gebruik van voorzieningen, welke een intervenierende rol zouden kunnen spelen in de relatie verzorging-gezondheid.

BECKER, G., S. KAUFMAN.

Old age, rehabilitation, and research: a review of the issues.

The Gerontologist; 28, 1988, p. 459-468, 11 lit. opgn.

nivel (C 2782)

Uitvoerig literatuuroverzicht over ouderen en revalidatie. Geconcludeerd wordt dat van de mogelijkheden tot revalidatie bij ouderen veel te weinig gebruik wordt gemaakt, vooral door het negatieve beeld dat er in de maatschappij en bij medische instanties bestaat over de mogelijkheden tot herstel bij ouderen en door financiële omstandigheden. Geadviseerd wordt de methoden en aanpak van revalidatie meer af te stemmen op de specifieke problematiek en mogelijkheden van ouderen.

CHIVERTON, P., E.D. CAINE.

Education to assist spouses in coping with Alzheimer's disease. A controlled trial.

Journal of the American Geriatrics Society; 37, 1989, p. 593-598, 16 lit. opgn.

nivel (C 2794)

Verslag van een onderzoek onder 40 partners van dementiepatiënten, die thuis verzorgd worden. De helft kreeg 3 groepssessies waarin informatie werd gegeven over de ziekte en over manieren van omgaan ermee. Na de presentatie van informatie volgde discussie.

Het effect van de interventie werd getoetst m.b.v. de Health Specific Family Coping Index (HSFCI). Verbetering was er vooral op kennisgebied; men voelde zich meer competent en onafhankelijk.

FOX, J.H., R.D. TERRY.

Hulp voor de patiënt met Alzheimer en begeleiding van de familie.

Patient Care; 14, 1987, p.24-31, 11 lit. opgn.

nivel (C 2807)



Praktische suggesties voor de behandeling van Alzheimer patiënten.  
Het gaat vooral om (voorzichtigheid bij de toediening van) medicijnen  
en aanbevelingen in de verzorgende sfeer.

HAKENS, M.J.H., C.P.M. KNIPSCHEER.

De houding van ouderen inzake informele thuiszorg en het ouderenbeleid.  
Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 177-183, 11 lit. opgn.  
niveau (C 2815)

In het kader van een leefsituatieonderzoek onder 1100 65+ers in Den Haag werden 4 vragen gesteld over thuiszorg. 50% wil liever zorg van bekenden (familie) dan van een bejaardenverzorgster, terwijl slechts 21% het beter vindt door de eigen kinderen verzorgd te worden. Er is blijkbaar enige aarzeling om een beroep op de kinderen te doen.

HALEY, W.E., E.G. LEVINE, S.L. BROWN, J.W. BERRY, G.H. HUGHES.

Psychosocial, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia.  
Journal of the American Geriatrics Society; 35, 1987, p. 405-411, 24 lit. opgn.  
niveau (C 2814)

Verslag van een onderzoek onder 44 verzorgers van dementiepatiënten, die vergeleken werden met 44 vergelijkbare controleproefpersonen. Uit de interview- en vragenlijstgegevens kwam naar voren dat het verzorgen van een demente patiënt veel stress oplevert. Als effecten traden op:  
depressiviteit, negatief affect t.o.v. familieleden, lagere satisfactie met het leven. Sociale activiteiten waren verminderd, men was minder tevreden met de sociale netwerken, hoewel deze in aantal en omvang niet verschilden van die van de controlegroep. Verder waren er meer gezondheidsklachten en was het gebruik van medische voorzieningen hoger. Gepleit wordt voor hulpverleningsmogelijkheden voor de verzorgers van demente bejaarden.

HUMANITAS.

Verheldering in verwarring.  
Amsterdam: Humanitas, 1989.  
Humanitas

een werkmop voor de organisatoren van vrijwilligerswerk t.b.v. thuiswonende dementerende ouderen en de direct betrokkenen. Na aanwijzingen hoe een vrijwilligersorganisatie opgezet kan worden, worden praktische suggesties gegeven hoe vrijwilligers te werk kunnen gaan en bij welke instanties zij terecht kunnen voor verdere ondersteuning.

JANSSEN, T.

De betekenis van de familie voor de centrale verzorg(st)er van hulpbehoevende oudere mensen.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 185-191, 7 lit. opgn.  
niveau (C 2827)

Verslag van een kwalitatief interviewonderzoek onder 52 ouderen, die thuis verzorgd worden, 24 x door de partner, 21 x door kinderen en 7 x door overigen. Haast altijd is de verzorg(st)er een vrouw.

Voor de helft van de verzorgsters was de situatie niet zo belastend, voor een kwart tamelijk en voor een kwart zeer belastend. Professionele ondersteuning wordt als zeer belangrijk ervaren. Ondanks de zware belasting gaan mensen vaak heel lang door met het verlenen van zorg. Op grond van deze resultaten worden vraagtekens gezet bij het beleid om de thuiszorg meer te stimuleren: in de Praktijk zal dat vaak betekenen dat de ene persoon die meestal de zorg op zich neemt, nog meer onder druk komt te staan; de professionele ondersteuning die hierbij nodig is, kost ook geld.

KUIN, Y.

Ondersteuningsgroepen voor ouderen.

in: Th.J. Houweling, M.W. Ribbe, F. van 't Hooft, H.v.d.Berg, P.A.Ykelenstam (red).

Oud(-er) worden nu: symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut. 1987, p. 240-245, 5 lit. opgn.  
niveau (C 2835)

Korte uiteenzetting over de betekenis en vormgeving van ondersteuningsgroepen waarin ouderen kunnen praten over hun positie, ervaringen en eventuele problemen.

KYLE, D.R., M.F. DRUMMOND, D.M.D. WHITE.

The Hereford District Department of Mental Health for the Elderly: a preliminary evaluation.

Community Medicine; 9, 1987, p. 35-46, 13 lit. opgn.

Evaluatie van een psychogeriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis d.m.v. een kosten-batenanalyse en beschrijving van kenmerken van de patiëntenpopulatie (nog thuiswonende patiënten met dementieverschijnselen). "Dependency" was een belangrijke variabele in het onderzoek en werd gemeten m.b.v. Guttmanschalen (van Wright en Williams). Dit instrument bleek een goede voorspeller van de behoefte aan hulp door de psychogeriatrische afdeling.

De reden voor verwijzing was slechts in 3% van de gevallen: de bezorgdheid van de patiënt over diens eigen gezondheid. In 22% was de bezorgdheid van de omgeving van de patiënt de aanleiding, in 13 % die van de huisarts t.a.v. de patiënt en in 7% de bezorgdheid van de huisarts t.a.v. het gezin of de partner van de patiënt.

De intensieve en gedifferentieerde hulp aan de thuiswonende patiënten bleek over het algemeen goedkoper dan een opname.

MEULMEESTER, F., D. MOES, A. BIJLSMA.

Validation, een andere benadering van dementie.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 43, 1989, p. 673-677, 1 lit. opgn.

nivel (C 2847)

Beschrijving van de "validation" methode, ontworpen door N. Feil, die als doel heeft dementerende mensen herstel van het gevoel van eigenwaarde te geven, stress te verminderen en emoties uit het verleden te verwerken. Het gaat om een manier van inleven in en accepteren van gevoelens bij de betrokkene, die niet alleen van belang is voor hulpverleningscontacten, maar ook voor de dagelijkse omgang.

In het artikel wordt beschreven hoe deze methode in een verpleeghuis toegepast kan worden.

NORREN-BLIEKENDAAL, A. VAN.

Zorg voor "de achterblijvers".

Senior; 35, 1989, p. 90-92.

nivel (C 2850)

theoretische analyse, gemusterd met casussen, van de processen die zich afspelen bij de gezinsleden die achterblijven, wanneer een oudere wegens dementie in een verpleeghuis wordt opgenomen. In het verwerkingsproces zijn dezelfde vier stadia te onderscheiden als bij rouwverwerking (Kübler-Ross).

SHELLENBERGER, S., K.W. COUCH, M.A. DRAKE.

Elderly family members and their caregivers: characteristics and development of the relationship.

Family Systems Medicine; 7, 1989, p. 317-322, 13 lit. opgn.  
niveau (C 2874)

Verslag van een onderzoek naar factoren in de gezinsstructuur die een rol spelen bij het geven van zorg door gezinsleden aan hulpbehoevende ouderen. Interviews werden gehouden met 15 ouderen (14 vrouwen) en de gezinsleden die voor hen zorgden (NB. 13 ouderen hadden geen partner meer). Gezocht werd naar factoren in de gezinsdynamiek die zouden kunnen verklaren dat gezinsleden, ondanks de zware last die het vaak met zich meebrengt, toch voor de betrokkene blijven zorgen (bijv. zorgbehoefte, voortkomend uit afhankelijkheid).

Hoewel over de mogelijke rol van deze factoren geen duidelijke conclusies worden getrokken, adviseren de auteurs wel aan hulpverleners die merken dat de zorgende gezinsleden onder grote druk komen te staan, om de gezinsdynamiek en de rollen die de participanten daarin spelen bespreekbaar te maken.

THOMPSON, L.W., D. GALLAGHER, J. STEINMETZ BRECKENRIDGE.

Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders.

Journal of Consulting and Clinical Psychology; 55, 1987, p. 385-390, 29 lit. opgn.

niveau (C 2881)

Verslag van een onderzoek bij 120 depressieve patiënten (criterium: Major Depressive Disorder volgens de Research Diagnostic Criteria) van 60 jaar en ouder. Deze kregen een kortdurende psychotherapeutische behandeling (gedragstherapie, cognitieve therapie of psychodynamische therapie), of fungeerden als controlegroep.

70% van de patiënten verbeterde aanzienlijk, terwijl de niet behandelde controlegroep niet vooruitging. Er was geen verschil tussen de soort therapieën.

VOGELS, L.

"Duidelijkheid over dementie". RIAGG preventieproject.

Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting; 6, 1989, p. 9-10, 1 lit. opgn.

nivel (C 2888)

Verslag van een project van de RIAGG Haagrand, gericht op de familieleden en de hulpverleners van demeterende ouderen. De activiteiten in het project zijn: ondersteuning bij de opzet van een dagopvang en de begeleiding van vrijwilligers in een dienstencentrum; voorlichtingsavonden over dementie voor familieleden, vrijwilligers en direct betrokkenen; ondersteuningsgroepen voor familieleden; netwerkontwikkeling, d.w.z. het bevorderen van samenwerking tussen de instanties die het project dragen: gecoördineerd ouderenwerk, gezinszorg, kruisvereniging, AMW en de ouderenbonden.

BOWLING, A.P.

Contact with general practitioners and differences in health status among people aged over 85 years.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 39,1989, p. 52-55, 26 lit. opgn.

nivel

Verslag van een onderzoek onder 660 thuiswonende personen van 85 jaar en ouder naar morbiditeitsgegevens en huisartsbezoek. Met ieder werd een interview gehouden waarin ook vragenlijsten werden afgenomen (o.a. betreffende dagelijks functioneren, social support en de GHQ).

14% van hen had het laatste jaar geen huisartsbezoek afgelegd. Deze groep rapporteerde minder lichamelijke en psychische klachten, gebruikte minder medicijnen en vertoonde een hogere emotional well-being dan degenen die de huisarts wel geconsulteerd hadden. Er was geen verband met leeftijd, sexe, huwelijks staat of social support (overigens was dit moeilijker te toetsen doordat de groep als geheel in gunstige levensomstandigheden verkeerde; mensen van 85 die nog thuis wonen, behoren tot de sterkere categorie).

Geconstateerd wordt dat er bij beide groepen een behoorlijke hoeveelheid klachten is die niet aan de arts wordt gerapporteerd.

LASOSKI, M.C.

Reasons for low utilization of mental health services by the elderly.

Clinical Gerontology; 1986, p. 1-18, 47 lit. opgn.

nivel (C 2837)

Uit een literatuuroverzicht blijkt dat er weinig of geen onderzoek is gedaan naar de oorzaken voor het lage gebruik van ggz voorzieningen door ouderen. Veel voorkomende hypothesen zijn:

- aanvaarden van maatschappelijke vooroordelen door de ouderen: "iedereen wordt seniel", "ik ben te oud om nog geholpen te worden"
- het stigma van de psychische stoornis
- "de voorzieningen kunnen mij toch niet helpen"
- financiële redenen
- angst voor verlies van vrijheid: "ik word misschien wel in een inrichting gestopt"

Het is mogelijk dat een aantal van deze factoren door het gezondheidszorgsysteem worden bevestigd of gestimuleerd. Zowel naar de ouderen als naar de voorzieningen zijn interventies noodzakelijk om deze factoren weg te nemen (voorlichting, opleiding, geïntegreerde gezondheidszorg voor ouderen). De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij deze interventies.

LASOSKI, M., M.H. THELEN.

Attitudes of older and middle-aged persons toward mental health intervention. *the Gerontologist*; 27, 1987, p. 288-292, 30 lit. opgn.

niveau (C 2836)

Verslag van een onderzoek onder 200 middle-aged (<55) en oudere (>65) personen, waarin - n.a.v. een vijftal "vignettes" (probleem-beschrijvingen) - vragen gesteld werden over attitudes t.a.v. psychosociale problematiek en hulpverlening.

Er bleek geen verschil tussen ouderen en jongeren te zijn wat betreft de vraag of bepaald "afwijkend" gedrag een teken was van ernstige psychosociale problemen en of professionele hulp hiervoor noodzakelijk zou zijn. Wat betreft de aard van de hulp, dachten jongeren vaker aan ambulante vormen en ouderen aan opnames. Ouderen hadden minder ervaring met psychosociale hulpverlening.

LINSCHOTEN, C.P. VAN, W.J.A. VAN DEN HEUVEL.

Patronen van behoefte bij ouderen.

*Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 67, 1989, p. 411-415, 25 lit. opgn.

niveau

Verslag van een onderzoek naar behoefte aan zorg bij een steekproef van 192 ouderen uit de normale populatie. Een interview en vragenlijsten werden afgenomen betreffende HADL-problematiek (Huishoudelijke en Algemene Dagelijkse verrichtingen), psychosociale problematiek (Biografische Problemenlijst van Hosman) en behoefte aan en gebruik van formele en informele zorg.

25% blijkt in een duidelijke problematische situatie te verkeren (vooral vrouwen van relatief hoge leeftijd), zowel wat betreft HADL als psychosociale problematiek (er is een hoge correlatie tussen beide factoren). Zij maken ook veel gebruik van informele en formele hulp. De mate van psychosociale problematiek speelt een belangrijke rol in de mate waarin men gebruik maakt van professionele thuiszorg.

(vooral gezinsverzorging). Er is slechts een gering verband tussen de behoeftevariabelen en het verkrijgen van informele hulp (mensen met veel problematiek krijgen onvoldoende mantelzorg).

Enige konsekwenties van deze resultaten voor de hulpverlening aan ouderen worden besproken.

WEEL, C.V., E. THISSEN, TH. KOCK, J. KLAASSEN, W. FELIX, P. GOOSKENS, P. WÖSTEN.

Preventive care for the elderly: who should be involved?

Allgemeinmedizin; 18, 1989, p. 70-73, 17 lit. opgn.

nivel (C 2889)

Verslag van een onderzoek naar verschillen in gezondheidstoestand en behoefte aan hulp bij ouderen boven de 75 jaar, tussen degenen die het afgelopen jaar minstens eenmaal contact hadden gehad met de huisarts of wijkverpleegkundige en zij die zo'n contact niet hebben gehad. Twee groepen van 50 personen kregen: een medisch onderzoek, een ADL-vragenlijst en een subjectieve gezondheidslijst (Nelson Health Profile).

Ondanks het feit dat het medisch onderzoek een behoorlijk aantal symptomen van ziekte aan het licht bracht, ook bij degenen die geen contact met de arts of verpleegkundige hadden gehad, achtte men zich zelf over het algemeen behoorlijk gezond. Een subjectief slechte gezondheidstoestand hangt weinig samen met objectieve symptomen van ziekte. Degenen met veel ziektesymptomen worden niet extra gehinderd in hun dagelijkse activiteiten. In het algemeen wordt in behoefte aan ondersteuning en zorg bij dagelijkse problemen goed voorzien.

Geconcludeerd wordt dat ouderen die geen beroep doen op medische zorg, geen selecte, "gezonde" groep vormen, maar dat er ook geen sprake is van onontdekte behoefte aan zorg.

WEVERS, C.

De hulp van de huisarts aan ouderen

Huisarts en Wetenschap; 30, no. 1, 1987, p. 3-8, 12 lit. opgn.

nivel

Onderzoek met de Reason For Encounter Classification in een duopraktijk. Het toepassen van dit instrument blijkt arbeidsintensief te zijn en strakke uitvoeringscondities te vereisen. Het artikel geeft een



overzicht van klachten, diagnoses en andere redenen waarom een contact tussen oudere patiënt en huisarts tot stand komt. Psychologische problemen vormen daarbij een belangrijke categorie.

WOLINSKY, F.D., C.L. ARNOLD, I.V. NALLAPATI.

Explaining the declining rate of physician utilization among the oldest-old. Medical Care; 26, 1988, p. 544-553, 24 lit. opgn.

nivel

Verslag van een onderzoek naar de relatie tussen leeftijd en doktersbezoek onder ruim 99000 personen tussen 56 en 95 jaar, op basis van Health Interview Surveys over de jaren 1972-1981.

Het gebruik van medische voorzieningen bleek samen te hangen met alle - uit epidemiologisch onderzoek - bekende factoren. Opvallend was dat er binnen deze groep een relatie was tussen leeftijd, beperking van mogelijkheden tot activiteiten en medische consumptie: hoe hoger de leeftijd hoe sterker men op achteruitgang in activiteit reageert met een vermindering in medische consumptie.

De auteurs geven hiervoor een 6-tal hypothesen: substitutie van doktershulp door institutionele zorg of informele zorg; verlies van de oude vertrouwde huisarts (die ook steeds ouder is geworden); doordat de klachten steeds vaker chronisch worden, kan zowel de patiënt als de huisarts gaan denken dat behandeling geen zin meer heeft.

BERENDS, F., B. VAN NIEKERK.

Psychogeriatric.

Medisch Contact; 18, 1983, p. 535-538, 21 lit. opgn.

nivel

Bespreking van het beleid en de mogelijkheden en beperkingen van het psychogeriatrische hulpaanbod in de ambulante sfeer. Gesteld wordt dat het hulpaanbod in het algemeen sterk is gericht op patiënten met dementie of andere psychiatrische stoornissen die handhaving thuis erg moeilijk maken. Dat heeft tot gevolg dat behandeling (ook ambulante, of in de eerstelijns) vaak gericht is op medicijnen en/of een snelle opname in ziekenhuis of verpleeghuis. Psychotherapie voor ouderen komt nog weinig voor en Sociaal-Psychogeriatrische Diensten (SPGD) slagen er nog onvoldoende in om hulpverlening t.b.v. handhaving van de oudere in de thuissituatie, van de grond te krijgen (NB. ten tijde van 1983).

BERGEN, A.M. VAN.

Ouderen en sociaal isolement. Studiedag van het Landelijk Platform GVO/Preventie en Ouderen.

Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting; 6, 1989, p. 7-8,

Korte verslagen van de lezingen op de in de titel genoemde studiedag, met daarin suggesties voor interventies vanuit de preventie. In de workshops kwam vooral de vraag aan de orde: hoe bereik je de doelgroep? De indruk bestond dat dit het beste lukt via verwijzing.

BRAAK, E., L. DE LANGE, E. CLETON-VAN DE DIKKENBERG.

Een geriatrisch consultatiepunt voor huisartsen: een Utrechts experiment.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 21, p. 717-720.

nivel

Na een analyse van de gezondheidszorg voor ouderen, wordt een beschrijving gegeven van een experimenteel opgezet "geriatrisch consultatiepunt voor huisartsen". Dit is een door en voor huisartsen functionerende instelling waarnaar geriatrische patiënten kunnen worden ver-

wezen voor consultatie en specialistisch onderzoek, teneinde op zo weinig belastend mogelijke wijze een behandeladvies te verkrijgen, waarmee de huisarts en de patiënt een behandelplan opstellen. Aan het consultatiepunt is een huisarts-coördinator verbonden, die elke patiënt die verwezen wordt eerst ziet en vervolgens beslist welke specialist wordt geraadpleegd (dezelfde dag nog). Eveneens dezelfde dag wordt door coördinator en specialist een advies opgesteld en aan de huisarts teruggedoorgegeven.

De instelling is opgezet door de plaatselijke huisartsen, i.s.m. allerlei instellingen op het gebied van ouderenzorg. Het experiment wordt begeleid door de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en het Utrechts Huisartsen Instituut.

BOKHOVEN, R. VAN.

Werkafspraken voor de signalering van dementie.

Kwaliteit in de eerstelijnszorg; 1, 1989, p. 22-2.

nivel (C 2785)

Beschreven wordt hoe hulpverleners op wijkniveau in Rotterdam tot werkafspraken zijn gekomen m.b.t. de signalering van dementie (m.b.v. het ABOBE model voor beleidsontwikkeling). Er wordt een gemeenschappelijke gedragslijn gevolgd en een screeningsformulier gebruikt; het Gecoördineerd Ouderenwerk treedt op als coördinatiepunt. Per patiënt wordt een zorgcoördinator aangewezen.

BROOK, P.

Psychogeriatrics and the general practitioner.

Update; 31, 1985, no. 8, p. 613-620, 7 lit. opgn.

ruu-bijl

Een globale beschrijving van het gewenste voorzieningssysteem op het gebied van psychogeriatric, met een aantal suggesties voor belangrijke aspecten van de zorg.

FIOLET, J.F.B.M.

Flankerend geriatrisch beleid.

De Bejaarde; 6, 1989, p. 157-160, 1 lit. opgn.

nivel (C 2896)

...beschrijving van ondersteuning en functioneren van een geriatrische polikliniek, vanwaaruit de zorg voor ouderen, i.s.m. de eerstelijns wordt gecoördineerd. Deze zorg is er op gericht de ouderer zo goed mogelijk in de thuissituatie te laten functioneren. Er is een multidisciplinair overleg van ziekenhuisspecialisten, huisartsen, verpleegkundigen, gezinsverzorging en bejaardenhuizen. De huisarts is de persoon die doorgaans de coördinatie van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis op zich neemt. Met hem worden dan ook de doelstellingen van een eventuele opname vastgelegd.

FRERIKS, G.E.M., A.J.B. VERKAAIK.

Psychogeriatrische hulpverlening als gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Medisch Contact; 41, 1985, p. 1277-1278, 0 lit. opgn.

niveau

Beschrijving van een samenwerkingsproject in Den Bosch, waarin een Regionaal Intake Team (RIT) Psychogeriatric is opgericht. Daarin werkt de RIAGG samen met 3 psychogeriatrische verpleeghuizen en de afdelingen psychogeriatric van 2 psychiatrische ziekenhuizen.

De verwijzingen komen veelal van huisartsen. Soms is de indicatie: terugverwijzing naar de eerste lijn. In dat geval wordt advies gegeven over de verdere behandeling en begeleiding, zowel door de huisarts als evt. gezinshulp.

Geriatric consultation teams.

Lancet; 14, 1987, p. 602-604.

ruu-bijl

Algemeen artikel over het belang van geriatrische consultatieteams en summiere beschrijvingen van enkele voorbeelden.

GERRITSEN, J.C., E.W. WOLFFENSPERGER, W.J.A. V.D. HEUVEL, W.A. VERHOEFF, M.J. DORGELO.

De observatie van psychogeriatrische cliënten en de zorgverlening thuis.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric; 18, 1987, p. 317-325, 31 lit. opgn.

niveau (C 2810)

In samenwerking met de afdeling ouderen van de RIAGG Drente worden in de dagbehandeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis cliënten geobserveerd. Regelmatig worden beide instanties

geconfronteerd met opname in het verpleeghuis van cliënten die met een redelijke prognose uit de dagbehandeling ontslagen zijn. Uit dit onderzoek blijkt dat de adviezen van de dagbehandeling voor structurerende en ondersteunende maatregelen thuis soms niet kunnen worden gerealiseerd door (een combinatie van) onvoldoende kennis en vaardigheden in de eerstelijns en het verzorgingstehuis, te weinig opvang in de wijk (dagcentra) en in het verzorgingstehuis (groepsverzorging), een zwak sociaal netwerk en de invloed van een ziekenhuisopname. Opname in een verpleeghuis kan in een aantal gevallen wel voorkomen worden, wanneer de eerstelijns en het verzorgingstehuis over voldoende mogelijkheden beschikken om de problemen te hanteren, er voldoende opvang is in de wijk en de problemen van cliënten een sterk psychiatrische component hebben (vergeleken met cliënten met cognitieve stoornissen).(aut.ref.)

GILLISSEN, M.

Het preventieve werk van de RIAGG: meer coördinatie, minder zelf doen.

Leeftijd; 3, 1989, p. 2-3.

niveau (C 2811)

Een korte uiteenzetting over de bijdrage van de RIAGG preventie aan de ouderenproblematiek: activiteiten t.a.v. familieleden van dementerende ouderen (gespreksgroepen, ondersteuningsgroepen); deskundigheidsbevordering van personeel in verzorgingstehuizen, gezinsverzorging en kruiswerk en van vrijwilligers; voorlichting, onderzoek en overleg over afstemming van het hulpverleningsaanbod (er wordt naar gestreefd de uitvoering van het preventieve werk te leggen bij de eerstelijns).

Er wordt gepleit voor betere afstemming tussen RIAGG preventie en GVO.

GILLISSEN, M.

Meer dan een kwart van de cliënten komt uit het verzorgingstehuis.

Preventieproject RIAGG Noordhage.

Leeftijd; 3, 1989, p. 4-6, 0 lit. opg.

niveau (C 2812)

Verslag van een onderzoekje bij twee verzorgingstehuizen over de aard van de psychische problematiek die zich bij de bewoners voordoet.

...aanmelden en depressiviteit dieken de meest voorkomende problemen te zijn, dit terwijl verwijzingen vanuit het verzorgingstehuis naar het RIAGG meestal te maken hebben met problemen rond dementie.

Er worden suggesties gedaan voor een meer preventieve aanpak van de psychogeriatrische problematiek, zoals themamiddagen voor verzorgend personeel en voorlichtingsbijeenkomsten voor ouderen.

ISAACS, B., H. NISSENBAUM.

Education in psychogeriatrics: the leap of the imagination.

Medical Education; 23, 1989, 453-456, 5 lit. opgn.

nivel (C 2824)

Beschrijving van een onderwijsmethode, geschikt voor medisch studenten en verpleegkundigen in opleiding, om een beter inzicht te krijgen in wat het voor ouderen betekent om psychogeriatrische problemen te hebben. De studenten krijgen in groepjes een situatie voorgelegd, waarin iemand in een hulpeloze, afhankelijke situatie verkeert, bijv. op grond van een medisch probleem. Via groepsgebesprek en schrijfpoddrachten wordt ingegaan op de betekenis van deze situatie voor betrokkene. Afgesloten wordt met de vraag of men zich kan voorstellen wat het voor ouderen betekent om afhankelijk en hulpeloos te zijn.

De ervaringen met deze methode zijn gunstig: men kan zich beter inleven in de problematiek van ouderen.

KLOOSTER, M. VAN 'T.

Psychogeriatric-onderzoek: personele uitbreiding voorkomt opname van ouderen.

GGZ-Gazet; 4, 1987, 4-5.

nivel (C 2832)

Verslag van de ervaringen met een uitbreiding van de personele bezetting van de RIAGG-ouderenzorg in Friesland en Den Haag (dit in het kader van een regionaal evaluatieonderzoek). Het aantal aanmeldingen neemt naar verhouding toe, de problematiek wordt niet minder ernstig. Er worden enkele suggesties gedaan voor de ontwikkeling van activiteiten: samenwerking met verzorgings- en verpleegtehuizen, o.a. op het gebied van diagnostiek, samenwerking met eerstelijns, m.n. gezinszorg en wijkverpleging. Benadering van hen via de huisarts biedt niet

zoveel perspectief omdat gezinszorg en wijkverpleging volgens het evaluatieonderzoek geen hoge pet op hebben van de bereidheid van huisartsen om overleg te plegen.

LOUW, N. DE.

De psychogeriatrische zorg in Bos en Lommer en Amsterdam Oud-West.  
Amsterdam: Stoza, 1989. 75 lit. opgn.

NcGv

Beschrijving van de voorzieningen op het gebied van de psychogeriatric, mede op basis van interviews met hulpverleners. T.a.v. de huisartsen blijkt er in het algemeen een wisselvallige relatie te zijn. Het kost andere hulpverleners nogal eens moeite hen erbij te betrekken. Voor het regelwerk m.b.t. thuiszorg verwijst de huisarts meestal door naar de wijkverpleging en veel minder naar de gezinsverzorging.

Teneinde de (coördinatie van de) hulpverlening te verbeteren wordt een aantal aanbevelingen gedaan. Naast het instellen van een projectteam wordt ook gedacht aan wijkcoördinatieteams, bestaande uit: een huisarts, een spv-er, een hoofdwijkverpleegkundige en een wijkpostleider.

MARIN, R.S.

A curriculum for education in geriatric psychiatry.

American Journal of Psychiatry; 145, 1988, p. 836-843, 18 lit. opgn.

nivel (C 2844)

De auteur geeft een overzicht van eindtermen die van belang zijn voor een curriculum geriatric psychiatrie, dat zowel gebruikt kan worden t.b.v. artsen als van psychiaters in opleiding. Daarin wordt prioriteit gegeven aan een integratie van kennis van normaal en abnormaal ouder worden, met klinische vaardigheden in de benadering van patiënten.

MOLS, J.F.J.M.

Zorg op maat voor Hengelose ouderen.

Senior; 1989, p. 486-487, 2 lit. opgn.

nivel (C 2897)

beschrijving van een innovatieproject waarin een samenwerkingsverband tot stand is gebracht tussen diverse maatschappelijke instellingen. Centraal daarin staat de "cliëntbespreking", waarin wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende, leidinggevende gezinsverzorging, vertegenwoordiger gecoördineerd ouderenwerk en huisarts de zorgvraag van cliënten bespreken en afspraken maken over de hulpverlening (het zorgplan). Per cliënt wordt een "zorgcoördinator" aangewezen.

Positieve ervaringen zijn dat een op de behoefte van de ouderer afgestemd zorgpakket kan worden aangeboden, terwijl de samenwerking tussen de disciplines hoopgevend is.

NEELEMAN, A.

De RIAGG-ouderenzorg in ontwikkeling: een onderzoek naar knelpunten in de sociale geriatricie.

Nijmegen: KU, doctoraalscriptie. 1989. 130 lit. opgn.

NcGv

Verslag van een inventariserend knelpuntenonderzoek onder 45 mensen die professioneel te maken hebben met psychogeriatriche problematiek in Amsterdam Zuid en Nieuw-West. Huisartsen zien als problemen vooral: de problematiek is vaak ingewikkeld en ondoorzichtig door verwevenheid met tal van factoren en doordat klachten irreversibel zijn; de contacten met ouderen zijn vaak stroef (zij komen niet uit zichzelf met psychische problemen; achterdocht kan daarbij een rol spelen); ook in de verhouding met familieleden kunnen problemen ontstaan, wanneer deze niet meer de problematiek van de oudere patiënt opgewassen zijn. In het algemeen vinden huisartsen niet dat zij deskundigheid tekort komen in het werk met psychogeriatriche patiënten.

De huisarts, de wijkverpleging, de gezinszorg en het AMW worden regelmatig geraadpleegd door andere hulpverleners bij psychogeriatriche problematiek. Een belangrijke rol speelt het Bureau Psychogeriatriche van de RIAGG en het Slotervaart Ziekenhuis. De RIAGG zelf wordt weinig ingeschakeld.

PATEY, P.

The continuing evolution of family practice services to the elderly in Canada. Canadian Family Physician; 32, 1986, 2704-2712, 11 lit. opgn.

nivel



Beschrijving van de gezondheidszorg voor ouderen in Canada. Centraal staan op dit moment (1986) de polikliniek, het ziekenhuis en het verpleeghuis. In de toekomst moet de zorg verlegd worden naar de thuiszorg, waarin de huisarts een belangrijke rol moet spelen (family practice clinic).

SOLOMON, K.

An essay on preventive geropsychiatry.

Journal of preventive psychiatry; 2, 1984, p. 341-359, 64 lit. opgn.  
niveau (C 2878)

Uiteenzetting over het belang en de mogelijkheden van preventieve strategieën m.b.t. de psychische problematiek van ouderen. Interventies worden geordend volgens de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Naast preventieve hulpverlening is ook de educatie van toekomstige hulpverleners in preventieve richting van belang (o.a. in methoden van stressreductie en -preventie en coping), evenals de educatie van de ouderen zelf, in een optimaal gebruik van voorzieningen.

SPREEUWENBERG, C.

Zorgverlening aan thuiswonende bejaarden.

in: Th.J. Houweling, M.W. Ribbe, F. van 't Hooft, H.v.d.Berg, P.A.Ykelenstam (red).

Oud(-er) worden nu. Symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut. 1987, pg. 101-108, 28 lit. opgn.  
niveau (C 2879)

Korte uiteenzetting, mede n.a.v. literatuur, over de rol van de eerstelijns-hulpverlening in de zorg voor bejaarden. Er ontbreekt nog het een en ander aan onderlinge afstemming in de eerste lijn, aan samenwerking met sociaal-psychogeriatrische diensten van de RIAGG, mogelijkheden voor consultatie bij geriatrische specialisten, enz.

WOLFFENSBERGER, E.W., W.J.A. V.D. HEUVEL, J.C. GERRITSEN.

Versterking van de sociale psychogeriatric.

Eindrapport van een evaluatie-onderzoek bij de sociaal-psychogeriatrische diensten in Friesland, Drenthe, Den Haag en Zuidelijk Limburg.

Groningen: Vakgroep Medische Sociologie. 1987. 85 pg. 18 lit. opgn.

Uit het onderzoek, waarin veel cijfermateriaal wordt gepresenteerd, blijkt dat er grote verschillen zijn in hulpvraag, organisatie en werkwijze op het gebied van de psychogeriatricie tussen de vier locaties. De aanmeldingen bij de SPGD's van de RIAGG's gebeuren in 52% van de gevallen op verwijzing van de huisarts en in 23% via het algemeen ziekenhuis.

De dienstverlening vanuit de RIAGG naar de eerstelijns is ook verschillend: in het ene geval veel advisering en consultatie aan de huisarts, in het andere geval aan wijkverpleging en gezinszorg, elders zijn deze activiteiten minimaal.

Uit een deelonderzoek over de opvattingen in de eerstelijns over samenwerking op het gebied van de psychogeriatricie blijkt dat men t.a.v. de SPGD nogal ontevreden is over lange wachtlijsten en bureaucratische belemmeringen, gebrek aan overleg over individuele cliënten, enz. Huisartsen zijn voor het overige wel tevreden over samenwerking met de andere disciplines, wijkverpleging en gezinszorg zijn niet tevreden over de samenwerking met huisartsen. Deze hebben overigens wel de coördinerende functie t.a.v. verwijzing en behandeling.

In Drenthe is een experiment gedaan met groepsbijeenkomsten met huisartsen en een op psychogeriatricie deskundige psychiater. Hoewel er wel van enige verbetering in de relatie SPGD-huisartsen sprake was, bleek dat de huisartsen die het meest zouden kunnen profiteren niet aan het experiment deelnamen. Het meest positief waren de huisartsen over de informatie die ze kregen over het gebruik van medicijnen en mogelijkheden voor het hanteren van psychogeriatricische problemen thuis. Aanbevolen wordt om bij dit soort projecten de doelstellingen "verbetering samenwerking" en "deskundigheidsbevordering" afzonderlijk aan te pakken.

In onderstaande lijst zijn (hand)boeken en artikelen op het gebied van de (psycho)geriatrie opgenomen die moeilijk samengevat kunnen worden en/of niet pasten in de onderwerpen van de bibliografie.

Wanneer bepaalde hoofdstukken of onderdelen uit deze boeken betrekking hebben op een van de specifieke onderwerpen uit de excerptenlijst, zijn ze aldaar opgenomen.

BUIJSSEN, H.P.J., J.J.L. DERKSEN (ED).

Psychologische hulpverlening aan ouderen.

Nijkerk: Intro. 1984, 185 pg. ca. 100 lit.opgn.

NcGv

Bijdragen van verschillende auteurs vooral over diverse psychotherapiemethoden bij ouderen.

CARSTENSENS, L., B. EDELSTEIN(ED).

Handbook of clinical gerontology

Oxford: Pergamon Press. 1987. 450 pg.

ruu-bcu

CARTWRIGHT, A., C. SMITH.

Elderly people, their medicines, and their doctors.

Londen: Routledge. 1988. 195 pg. 52 lit.opgn.

ruu-bijl

Verslag van een onderzoek naar medicijngebruik en voorschrijfgedrag van de arts bij oudere patiënten.

EDINBERG, M.A.

Mental health practice with the elderly. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1985

ruu-bcu

ESSELINK, H.

Samenwerking in de hulpverlening. De eerstelijnsgezondheidszorg en het gecoördineerd ouderenwerk.

Rijswijk: Landelijk Platform Welzijnswerk voor Ouderen, 1989.

NIG

Forty years of gerontological research in the netherlands.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 18 1987, p. 105-170

(overzichten van onderzoek op alle gebieden van de gerontologie;  
weinig over eerstelijns)

HAAR, H.W. TER(ED).

Psychogeriatricie voor de huisarts.

Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1985. 112 pg.

nivel (B 1305)

Praktisch georiënteerd informatief boekje voor huisartsen

HANLEY, I., J. HODGE (ED).

Psychological approaches to the care of the elderly.

Londen: Croom Helm. 1984. 287 pg.

ruu-bcu

Een verzameling artikelen waarin, mede op basis van uitvoerige literatuurverwijzingen, uiteenzettingen worden gegeven over de bijdrage van de psychologie aan de theorievorming, de assessment en de behandeling van ouderen.

HAZEWINKEL, A. (ED).

Psychogeriatricie, een zorg meer of een zorg minder?

Verslag van een Invitational Conference, PMS Vijverdal.

Maastricht. 1989.

NcGv

HERMANS, P.

Ethische problemen in de psychogeriatricie.

Verslag van een studiedag van het NcGv.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 19, 1988, p. 19-20.

HOUWELING, TH.J., M.W. RIBBE, F. VAN 'T HOOFT, H. V.D. BERG, P.A. YKELSTAM (RED).

Oud(-er) worden nu. Symposiumboek.

Amsterdam: Gerontologisch Instituut. 1987. 468 pg.  
ruu-bijl

Verzameling voordrachten, die een breed gebied van de gerontologie,  
geriatrie en psychogeriatric bestrijken.

HUDSON, M.F., T.F. JOHNSON.

Elder neglect and abuse: a review of the literature.

Annual Review of Gerontology and Geriatrics; 6, 1986, p. 81-134

NIG

KNIGHT, B., H. BUIJSSEN (RED).

Psychotherapie met oudere volwassenen.

Nijkerk: Intro, 1989.

NIG

LEGE, W. DE, J. V. WEEGHEL.

Mishandeling van ouderen.

Utrecht: NcGv, 1989

NcGv

MUNNICHES, J.

Psychogerontologie.

Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989, 504 p.

ruu-mbu

REEDIJK, J.S.

Psychische problemen bij ouderen: waardoor ontstaan ze?

Lochem: De Tijdstroom, 1988. 139 p.

NIG

REEDIJK, J.S.

Psychogeriatric: de zorg voor oude mensen die in de war zijn.

Lochem: De Tijdstroom, 1988.

ruu-bijl

SANTVOORT, M.M. VAN.

Nederlands onderzoek naar psychische stoornissen op latere leeftijd: een literatuuroverzicht.

Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 13, 1982, p. 46-52, 43 lit. opgn.

SANTVOORT, M.M. VAN.

Gerontologie in Nederland. Een momentopname van het gerontologisch onderzoek in Nederland.

NIG overzichtsstudies 1. Nijmegen: Nederl. Instituut v. Gerontologie, 1988, 198 pg.

NIG

SCHOUTEN, J., C. LEERING, J. BENDER.

Leerboek geriatrie.

Utrecht: Bohn. 1989. 747 pg. veel lit.opgn., bij de afzonderlijke hoofdstukken. ruu-bijl

STAM, F.C. (ED).

Dementie.

Utrecht: Bohn. 1985, 220 pg. 150 ref.

NcGv

Bespreking van dementie, vooral vanuit medische hoek. Geen informatie in relatie tot eerstelijns.

WOLFFENSBERGER, E.W.

Sociale geriatrie: feiten en beleid.

Lochem: De Tijdstroom. 1989. 75 pg.

ruu-bijl

WOODS, R.T., P.G. BRITTON.

Clinical psychology with the elderly.

Londen: Croom Helm. 1985. 360 pg.

ruu-bcu

## **Adressen van bibliotheken**

### **NcGv**

Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid  
Da Costakade 45  
Utrecht  
tel.: 030-935141

### **NIG**

Nederlands Instituut voor Gerontologie  
Coehoornstraat 93  
postbus 1287  
6501 BG Nijmegen  
tel.: 080-228190

### **nivel**

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg  
Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
tel.: 030-319946

### **ruu-bcu**

Rijksuniversiteit Utrecht - Bibliotheekcentrum Uithof  
Transitorium II  
Heidelberglaan 2  
3584 CS Utrecht  
tel.: 030-532099

### **ruu-bijl**

Rijksuniversiteit Utrecht - Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en  
Epidemiologie/Huisartsgeneeskunde  
Bijlhouwerstraat 6  
3511 ZC Utrecht  
tel.: 030-331123





## Overzicht geraadpleegde tijdschriften

Van onderstaande tijdschriften zijn de jaargang 1989 en, voorzover beschikbaar, de nummers van 1990 (tot ongeveer maart) doorgenomen. Van tijdschriften waarin een behoorlijk aantal artikelen aangetroffen werd die op het onderwerp betrekking hadden zijn ook oudere jaargangen bekeken, doorgaans tot 1985. Deze laatste categorie is in de lijst aangeduid met een \*

Achter elk tijdschrift is aangegeven in welke bibliotheken het aanwezig is.

- Academic Medicine (ruu-bijl)
- Age and Ageing (ruu-bcu)
- Ageing and Society (ruu-bcu)
- Allgemein Medizin (ruu-bijl)
- \* Annual Review of Gerontology and Geriatrics (NIG)
- de Bejaarde (NIG)
- Bulletin van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (ruu-bijl)
- Bulletin Medisch Onderwijs (ruu-bijl)
- \* Canadian Family Physician (niveel, ruu-bijl)
- Clinical Gerontologist (ruu-bcu)
- Experimental Aging Research (ruu-bcu)
- the Family Physician (ruu-bijl)
- Family Practice (niveel, ruu-bijl)
- Family Systems Medicine (ruu-bijl)
- the Gerontologist (ruu-bcu, NIG)
- Gerontology (ruu-bcu)
- Geriatricie in de Praktijk (NIG)
- Health Services Research (ruu-bijl)
- Health and Social Work (niveel)
- Huisarts en Wetenschap (niveel, ruu-bcu, ruu-bijl)
- Huisartsgeneeskunde voor 65-plussers (ruu-bijl)
- Journal of Advanced Nursing (niveel)
- \* Journal of the American Geriatrics Society (NIG)
- Journal of the American Medical Association (niveel, ruu-bijl)
- Journal of Clinical Epidemiology (niveel, ruu-bijl)
- Journal of Community Health (ruu-bcu)
- Journal of Epidemiology and Community Health (niveel, ruu-bijl)
- Journal of Family Practice (niveel, ruu-bijl)
- Journal of Geriatric Psychiatry (NcGv)

- Journal of Gerontological Social Work (ruu-bcu)
- Journals of Gerontology (ruu-bcu)
- Journal of Health and Social Behavior (nivel, ruu-bijl)
- \* Journal of the Royal College of General Practitioners (nivel, ruu-bijl)
- the Lancet (ruu-bijl)
- Leeftijd (NcGv, NIG)
- Maandbericht Gezondheidsstatistiek (nivel, ruu-bijl)
- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (nivel, ruu-bcu, ruu-bijl, NcGv)
- Maatschappelijke Gezondheidszorg (nivel, ruu-bijl)
- Medical Care (nivel, ruu-bijl)
- Medisch Contact (nivel)
- Medical Education (nivel, ruu-bijl)
- Medical Teacher (ruu-bijl)
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (nivel, ruu-bijl)
- Nursing Research (nivel)
- Onderwijs en Gezondheidszorg (ruu-bijl)
- Patiënt Care (nivel, ruu-bijl)
- Patient Education and Counseling (nivel, ruu-bijl)
- the Practitioner (ruu-bijl)
- Psychology and Aging (ruu-bcu, NIG)
- Psychosocial Nursing (NcGv)
- Research on Aging (ruu-bcu, NIG)
- SDO voor de Huisarts (nivel)
- Senior (NcGv, NIG, ruu-bcu)
- Social Science and Medicine (nivel, ruu-bijl)
- Sociology of Health and Illness (nivel, ruu-bijl)
- Teaching and Learning in Medicine (ruu-bijl)
- \* Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (nivel, ruu-bcu, NIG, ruu-bijl)
- Tijdschrift voor Gezinsverzorging (ruu-bijl)
- Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting (NcGv)
- Tijdschrift voor Psychiatrie (nivel, ruu-bcu, ruu-bijl)
- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (nivel, ruu-bcu, ruu-bijl)
- Tijdschrift voor Ziekenverpleging (ruu-bijl)
- Update (ruu-bijl)
- Zeitschrift für Gerontologie (ruu-bcu, NIG)
- Zeitschrift für Gerontopsychologie (NIG)

## Auteursregister

### A

Abrams, R.C. 1  
Adelman, R. 45  
Aisen, P.S. 2  
Alexopoulos, G.S. 1  
Anderson, I. 24  
Arnold, C.L. 63  
Autio, L. 34

### B

Baas, M.M. 32  
Baldwin, R.C. 1  
Bassett, S.S. 38  
Batt, L.J. 5  
Baumgarten, M. 53  
Becker, G. 54  
Bender, J. 76  
Berends, F. 64  
Berg, H. v.d. 74  
Bergen, A.M. van 64  
Berry, J.W. 55  
Bijlsma, A. 57  
Blazer, D. 1  
Bleeker, J.A.C. 32  
Boersma, F. 10  
Bokhoven, R. van 65  
Bosworth, M.F. 9  
Boust, S.J. 32  
Bowling, A.P. 60  
Braak, E. 64  
Britton, P.G. 76  
Brod-Miller 2  
Brook, P. 65  
Brown, S.L. 55  
Buckley, E.G. 20  
Buijssen, H. 51, 52, 75  
Buijssen, H.P.J. 73  
Burke, J. 22  
Burke, W.J. 32  
Burns, B.J. 22

### C

Cahn, J.M. 28  
Caine, E.D. 54  
Cammen, T.J.M. van der 14  
Carstensens, L. 5, 73  
Cartwright, A. 73  
Chambers, L.W. 4  
Chancellor, A.H.B. 23  
Charon, R. 45  
Chiverton, P. 54  
Christensen, K.J. 44  
Cleton-van de Dikkenberg, E. 64  
Cohen, C.I. 36  
Copeland, J.R.M. 10  
Cornelissen, E.A.A. 32  
Couch, K.W. 58  
Crevel, H. van 42  
Crevel, H. van. 32, 33  
Curtis, R. 20

### D

Davis, K.M. 25  
Davis, P.B. 33, 34  
Derix, M.M.A. 42  
Derksen, J.J.L. 73  
Dieckman, L. 21  
Diesfeldt, H.F.A. 2  
Dijkema, J. 47  
Dinner, D.S. 45  
Dorgelo, M.J. 66  
Drake, M.A. 58  
Drummond, M.F. 57  
Dupree, L.W. 14

### E

Edelstein, B. 5, 73  
Edinberg, M. 15  
Edinberg, M.A. 73  
Edwards, S. 8  
Eefsting, J.A. 10

Ende, J. v.d. 47  
Engedal, K. 21  
Erkinjuntti, T. 34  
Erman, M.K. 45  
Esselink, H. 73  
Ettinger, W.H., 36  
Eyland, E.A. 23

## F

Feline, A. 28  
Felix, W. 62  
Fiolet, J.F.B.M. 65  
Fischer, L. 22  
Folmar, S.J. 15  
Ford, A. 15  
Ford, G. 19  
Fox, J.H. 28, 54  
Fox, R.A. 29  
Frederiks, C.M.A. 52  
Freer, Ch.B. 16  
Freriks, G.E.M. 66  
Friedman, R.H. 46  
Frohn-de Winter, M.L. 32

## G

Galazka, S.S. 15  
Gallagher, D. 38, 42, 58  
Gatz, M. 21  
Geller, G. 20  
Genuchten, H.J.M. van 11  
German, P.S. 22, 36  
Gerritsen, J.C. 66, 71  
Gilje, K. 21  
Gillissen, M. 67  
Glasser, M.L. 26  
Gong, V. 42  
Gooskens, P. 62  
Gordon, M. 48  
Graaf, W.J. de 29  
Grant, E. 34  
Greene, M.G. 45

Greenward, P.S. 2  
Groothoff, J.W. 10  
Guarnaccia, C.A. 44

## H

Haar, H.W. ter 74  
Hakens, M.J.H. 55  
Haley, W.E. 55  
Ham, R. 45  
Hanley, I. 74  
Hansen, N. 7  
Haskins, E. 42  
Hazewinkel, A. 74  
Hebel, J.R. 38  
Hermans, P. 74  
Heston, L.L. 28  
Heuvel, W.J.A. van den 11, 12, 61, 66, 71  
Hobbs, R. 8  
Hodge, J. 74  
Hoffman, S. 45  
Holmberg, I. 5  
Hooft, F. van 't 74  
Hooijer, C. 35  
Hooper, J. 35  
Horn, G.H.M.M. ten 12, 13  
Horn, L. 36  
Houston, M.J. 32  
Houweling, Th.J. 74  
Hudson, M.F. 75  
Hughes, G.H. 55  
Humanitas. 55  
Hupkens, P.E.H. 29

## I

Isaacs, B. 68

## J

Jachuck, S.A. 13  
Jachuck, S.J. 22  
Jack, M.A. 22  
Jackson, J.E. 25

Janssen, T. 56  
Jeste, D.V. 6  
Johnson, T.F. 75  
Jolles, J. 43  
Jolley, D. 2  
Jolley, D.J. 1  
Jones, D.A. 26  
Jonker, C. 4, 6, 37

## K

Kafonek, S. 36  
Kapust, L.R. 29  
Katz, S. 36  
Kaufman, S. 54  
Kazis, A. 46  
Keppel Hessselink, J.M. 46  
Kerkhof, A. 7  
Kittner, S. 36  
Klaassen, J. 62  
Klein, L.E. 22  
Klooster, M. van 't 68  
Knight, B. 75  
Knipscheer, C.P.M. 55  
Kock, Th. 62  
Korff, M. van 22  
Kramer-Ginsberg, E. 2  
Kuin, Y. 56  
Kukull, W.A. 37  
Kyle, D.R. 57

## L

Lange, L. de 64  
Larson, E.B. 37  
Lasoski, M.C. 60  
Leering, C. 76  
Lege, W. de 75  
Levine, D.M. 20  
Levine, E.G. 55  
Lexchin J. 46  
Lilleaas, F. 21  
Lindeboom, J. 37  
Linschoten, C.P. van 61

Linsk, N.L. 6  
Louw, N. de 69

## M

Magaziner, J. 38  
Mant, A. 23  
Marin, R.S. 69  
McDonald, A.J.D. 24  
Mead, M. 16  
Medalie, J.H. 15  
Merrill, J. 8  
Meulmeester, F. 57  
Meyboom-De Jong, B. 47  
Meyer, J.S. 39  
Meyers, B.S. 1  
Moes, D. 57  
Mols, J.F.J.M. 69  
Moore, R.D. 20  
Morris, J.C. 34  
Munnichs, J. 75

## N

Nallapati, I.V. 63  
Neeleman, A. 70  
Niekerk, B. van 64  
Nissenbaum, H. 68  
Nolan, L. 47  
Norren-Bliekendaal, A. van 57  
Norris, J.T. 38

## O

O'Connor, D.W. 24  
O'Malley, K. 47  
Oei, T.T. 8  
Offerhaus, L. 47  
Olsen-Noll, C. 9

## P

Parisi, S.P. 39  
Patey, P. 70  
Patterson, C. 30  
Patterson, R.L. 14

Pearson, A.L. 3  
Persson, G. 5  
Pinkston, E.M. 6  
Plugge, L.A. 38  
Pollit, P.A. 24  
Pond, D.C. 23  
Pot, A.M. 6  
Preiksaitis, H.G. 48

## R

Ramsdell, J.W. 25  
Rapp, S.R. 25, 39  
Raskind, M.A. 3  
Rasmussen, R. 44  
Reedijk, J.S. 75  
Reich, J.W. 44  
Reifler, B.V. 3, 4  
Renvall, M. 25  
Reuben, D.B. 17  
Ribbe, M.W. 74  
Rijke 35  
Rijke, W. de 35  
Robins, L.H., 33  
Roca, R. 36  
Roccaforte, W.H. 32  
Rogers, J.C. 41  
Rogers, R.L. 39  
Rossum, H.J.L. van 52  
Roth, Th. 45  
Roy, A.W. 15  
Rubenstein, L. 18  
Rubenstein, L.Z. 18  
Rubin, S.M. 26  
Ruegg, R.G. 3  
Ruijter, G.N. de. 48  
Runciman, P. 40

## S

Sahgal, A. 13, 22  
Salmon, R.B. 15  
Santvoort, M.M. van 76  
Saunders, R.W. 23

Schols, J.M.G.A. 49  
Schouten, J. 49, 76  
Schulte, B.P.M. 40  
Schulz, R. 22  
Scott, L.A. 22  
Shamoian, C.A. 1  
Shapiro, S.I. 22  
Shellenberger, S. 58  
Sipsma, D.H. 30  
Skinner, E.A. 22  
Skurla, E. 41  
Sloan, J.P. 49  
Smith, C. 73  
Smits, C. 41  
Solomon, D.H. 17  
Solomon, K. 71  
Spreeuwenberg, C. 71  
Spring, W.D. 44  
Stalenhoef, P.A. 31  
Stam, F.C. 76  
Steinmetz Breckenridge, J. 58  
Stobo, S.A. 13  
Stobo, S.A. 22  
Stokes, E.J. 20  
Stroud, M.W. 36  
Sulkava, R. 34  
Sunderland, T. 41  
Swart, J.A. 25  
Swerlow, N.R. 3

## T

Taylor, N. 36  
Taylor, R. 19  
Taylor, R.C. 20  
Teitelbaum, M.L. 22  
Teresi, J. 36  
Teri, L. 3, 4  
Terlingen, M.G.M. 31  
Terry, R.D. 28, 54  
Teunisse, S. 42  
Thissen, E. 62  
Thompson, L.W. 42, 58

Thorpe, L. 9  
Tilburg, W. van 4, 6, 35  
Tremellen, J. 26  
Tudiver, F. 7  
Turner, R.W. 22

## V

Veer, G.C. v.d. 35  
Verbeek, G. 43  
Verhey, F.R.J 43  
Verhoeff, W.A. 66  
Verkaaik, A.J.B. 66  
Verstraeten, P.F.J. 43  
Visintainer, P.F. 22  
Visser, A.Ph. 7  
Vliet, A.C.F. van 53  
Vogels, L. 59  
Vries, A.D. de. 50

## W

Wallace, C.E. 39  
Walsh, D.A. 39  
Walters, R.M. 50  
Wayne Weston, W. 27  
Weeghel, J. van 75  
Weel, C. van 62  
Weintraub, S. 29  
Werckle, M.A. 26  
Wevers, C. 62  
Wevers, C.W.J. 27  
White, D.M.D. 57  
Wieland, D. 18  
Wikström, J. 34  
Willenbring, M.L. 44  
Williams, A. 8  
Wilson, A. 38  
Winograd, C.H. 38  
Wolffensperger, E.W. 66, 71, 76  
Wolinsky, F.D. 63  
Woods, R.T. 76  
Worrall, G. 4  
Wösten, P. 62

## Y

Ykelenstam, P.A. 74  
Young, R.C. 1

## Z

Zarit. J.M. 21  
Zarit, S.H. 21  
Zautra, A.J. 44  
Zee, B.v.d. 50  
Zisook, S. 3, 6  
Zwanikken, C.P. 51





ADL	Activities of Daily Living (evt. ADL, BADL, IADL, HADL) 15, 18, 37, 41, 62
ADS	Amsterdamse Dementie Screeningstest 37
ADSK	Alzheimer's Disease Knowledge Test 21
BDI	Beck Depression Inventory 38, 39
BDRS	Blessed Dementia Rating Scale 23
BOP	Beoordelingschaal voor Oudere Patienten 32, 44
BPAS	Bradburn Positive Affect Scale 44
BSI	Brief Symptom Inventory 39
CAGE	Cage down, Annoyance by criticism, Guilty feelings, Eye openers 20
CAMDEX	Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination 24
CARE	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation 15, 24, 41
CDR	Clinical Dementia Rating 32, 34,41
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment 17-19
DDSQ	Dementia Diagnostic Screening Questionnaire 40
DIS	Diagnostic Interview Schedule 34
DSM-III	Diagnostic Statistical Manual - versie III 4, 6, 14, 32, 38, 40, 43
EASI	Early Assessment Self Inventory 36
FHT	Face-Hand Test 15
GAS	Global Assessment Scale 39
GDS	Geriatric Depression Scale 23, 32, 36, 38, 39
GHQ	General Health Questionnaire 22, 60
GIA	Geriatric Interaction Analysis 45
GIP	Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatrie 43, 44
GMS	Geriatric Mental State Schedule 21, 35, 36
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale 3
HSFCI	Health Specific Family Coping Index 54
IADL	Index of Activities of Daily Living (gelijk aan de ADL) 3, 15, 18, 19
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test 44
MDRS	Mattis Dementia Rating Scale 36
MHI	Mental Health Inventory 44
MMSE	Mini-Mental State Examination (van Folstein) 3, 23, 26, 27, 30, 36, 38, 39
MSQ	Mental Status Questionnaire 15

OARS	OARS Mental Health Screening Scale 15
PERI	Psychiatric Epidemiology Research Interview 44
	Reason for Encounter Classification 62
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia 38, 39
SAGE	Self-assessment Scale-Geriatric 15
SANDOZ	Sandoz Clinical Assessment 15, 31
SDS	Self-Report Depression Scale 39

- A**  
Alcoholisme 9, 20  
Alzheimer's Disease  
  zie dementie  
Attitude t.o.v. psychosociale  
  hulpverlening 61
- B**  
Behandeling  
  zie hulpverlening  
Behoeftte aan zorg 61, 62
- C**  
Case-finding 16, 20, 30  
Classificatiesysteem 16  
Cohorteffect 2  
Comprehensive geriatric assess-  
  ment 17-19, 25, 29  
Consultatie 64, 66
- D**  
Delier 5  
Dementie 2-4, 28, 59  
  classificatie 4  
  diagnostiek 2  
  en depressie 3, 4, 32  
  en psychiatrische symptomen 34  
  en verwardheid 8  
  farmacologische behandeling 2  
  kennis van 21, 26  
  programmaevaluatie 4  
  reacties op 24  
  werkafspraken 65  
Depressie 1-4, 9, 23  
  en dementie 4  
  en hypochondrie 3, 38, 39  
  en lichamelijke klachten 2  
  farmacologische behandeling 2  
  psychotherapie 58  
  prognose 1  
  theorieën 2  
Diagnostiek algemeen 14-20, 33  
Diagnostiek in de eerstelijin 20-31  
  alcoholisme 20  
  comprehensive geriatric assess-  
  ment 29  
  dementie 21-24, 26-31  
  depressie 22, 24-25, 27, 30  
  huisbezoek 25-26, 29, 30  
  pseudodementie 30  
  psychische problemen 2  
  psychogeriatrische problemen 31  
Diagnostische methoden 32-44 (zie  
  voor geciteerde tests het afzon-  
  derlijke register)  
  alcoholisme 44  
  anamnese bij dementie 33  
  cognitief functioneren 36  
  case finding 35  
  computerdiagnostiek 38, 39  
  dagelijkse activiteiten (ADL) 15,  
  18, 37, 41, 62  
  delier 34  
  dementie 32-34, 36-40, 42, 43  
  depressie 36, 38, 39, 42  
  functionele assessment 17, 26, 36  
  health status assessment 18, 40  
  intakevragenlijst 41  
  observatie 32, 43  
  psychische gesteldheid 37, 44  
  psychische stoornissen 35  
  rapportage familieleden 37  
  verwardheid 48  
Doelgroep 64
- E**  
Epidemiologie 10-13  
  dementie 10, 12  
  depressie 10  
  determinanten van gezondheid 11

## G

- Gedragsproblemen 6
- Geriatrische polikliniek 66
- Geriatrische consultatie  
zie consultatie

## H

- Hulpaanbod 64
- Hulpverlening 45-59
  - door familie 53-55, 58, 66
  - door huisarts
    - anti-depressiva 46
    - arts-patientrelatie 45, 50, 62
    - compliance 46
    - dementie 50, 54
    - huisbezoek 46
    - medicijnen 46-50, 54
    - psychosociale problematiek 50
    - redenen voor doktersbezoek 63
    - sexuele problemen 51
    - slaapproblemen 45, 48, 49
    - verpleeghuis 49
    - verwardheid 48
  - door wijkverpleging/gezinszorg
    - dementie 51, 53
    - depressie 52
    - huisbezoek 52
  - ondersteuningsgroepen 56
  - psychotherapie 58
  - thuiszorg 55, 66
  - validation 57
  - verwijzing 57
  - vrijwilligers 56

## M

- Medische consumptie 60, 63
- Mishandeling 7, 8

## O

- Opleiding 68, 69

## P

- Partnerverlies 7
- Preventie 12, 67, 71
- Pseudodementie 4
- Psychogeriatrische assessment 21
- Psychogeriatrische stoornissen 5-9
  - relatie met sociale factoren 5
- Psychose 3, 6

## R

- Revalidatie 54
- Rouwverwerking 7

## S

- Samenwerking(sproject) 65-71
- Schizofrenie 6
- Screening 14-16, 19, 20, 27
  - instrumenten 15, 19
- Sexuele problemen 51
- Slaapstoornissen 45, 48, 49
- Sociaal-geriatrisch onderzoek 30
- Sociaal isolement 64
- Suicide 7, 8

## V

- Verwaarlozing 7
- Verwardheid 8, 48
- Verzorging
  - zie hulpverlening
- Voorzieningen 65, 69, 71, 72

- WILLEMSSEN, R. Wijkverpleging/kruisvereniging. 1986, no. 1
- LEEUW, A.K. DE. Ouderen (I, II). 1986, no. 2 en 3
- WILLEMSSEN, R. Relatie eerste en tweede lijn. 1986, no. 4
- LEEUW, A.K. DE. De apotheker. 1986, no. 5
- VELDE, A. VAN DER. Alternatieve geneeswijzen. 1986, no. 6
- KUIJLEN, H. Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1986, no. 7
- LEEUW, A.K. DE, A. VOS. Communicatie (huis)arts-patiënt. 1986, no. 8
- WIEMAN, F. Zelfzorg en mantelzorg. 1986, no. 9
- KUIJLEN, H. Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. 1986, no. 10.
- DIJKHUIS, K. De fysiotherapeut. 1986, no. 11
- LEEUW, A.K. DE. De Nederlandse verloskundige zorg. 1986, no. 12
- HEIJDEN, P. VAN DER. Technology assessment. 1987, no. 13
- WIEMAN, F. Live events. 1987, no. 14
- DIJKHUIS, K. De diëtist. 1987, no. 15
- HEIJDEN, P. VAN DER. Logopedisten. 1987, no. 16
- WIEMAN, F. Verzekeringssstelsel en medische consumptie. 1988, no. 17
- HEIJDEN, P. VAN DER. Patiëntenrechten. 1988, no. 18
- WIEMAN, F. Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. 1988, no. 19
- DIJKHUIS, K. Wijkverpleging in het buitenland. 1988, no. 20
- CAMPEN, C. VAN, E.M. SLUIJS. Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989). 1989, no. 21
- RENGELINK- VAN DER LEE, J.H., A. DE MOL- VAN DER VELDE. Kwaliteit van verloskundige zorg. 1988, no. 22
- SCHRIJNEMAËKERS, V. De psychologie en de eerstelijns. 1989, no. 23
- GOOSSENS, J.M.A.W. Huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. 1988, no. 24.
- LEEUW, A.K. DE. Algemeen maatschappelijk werk. 1990, no. 25
- HEIJDEN, P. VAN DER. Sociaal-economische situatie en gezondheidsverschillen. 1990, no. 26 (maart)
- CAMPEN, C. VAN. Evaluatie thuiszorgprojecten en -experimenten. 1990, no. 27
- HOOGEN, H. VAN DEN, T. DE MAAGT, J.H. RENGELINK- VAN DER LEE. Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. 1989, 28
- CAMPEN, C. VAN. Community nursing. 1989, no. 29
- KUIJLEN, H. Chronische ziekten en de huisarts. 1990, no. 30
- KRUIITHOF, W.H. Psychogeriatric en eerstelijnszorg. 1990, no. 31





