

F. Vanden Bussche, arts,

met medewerking van W. Ekker, arts.

BEPALING VAN DE GRAAD VAN FUNKTIEBEPERKING  
ALS UITGANGSPUNT VOOR DE HUISARTS BIJ ZIJN  
ZORGVERLENING AAN BEJAARDE PATIENTEN.

N

H

Idee nr. 3.



Opgedragen aan Prof. Dr. J. Vandenbroecke, uit erkentelijkheid voor zijn interesse aan de studentenproblematiek als voor zijn bezorgdheid en ijver voor de huisartsengeneeskunde, waarvan ik tijdens mijn opleiding mocht getuige zijn.



## VOORWOORD.

Het Nederlands Huisartsen Instituut streeft er naar het functioneren van de huisarts te bevorderen.

Eén van de wegen daartoe is de huisarts passende "tools" te bezorgen.

Deze kunnen bestaan uit een adequaat instrumentarium, maar ook uit aan de situatie van de huisarts aangepaste werkmethode.

Het Instituut heeft al enkele bijdragen geleverd tot een verbetering van de werkmethode, bijv. door het ontwerpen van een anamnese-vragenlijst, door het uitgeven van een laboratoriumboek e.d.

Een andere poging tot het verbeteren van de werkwijze van de huisarts is uitgewerkt door de schrijver van NHidee 3. Als staflid van het Nederlands Huisartsen Instituut heeft hij een onderzoek gedaan dat er op gericht was een methode te ontwikkelen om de zorg voor de bejaarde te verbeteren. Hoewel het functieonderzoek daarbij een beperkt uitgangspunt blijkt te zijn, is de studie van F. Vanden Bussche een bijdrage tot een verdere ontwikkeling van een specifieke huisarts-benadering van de bejaardenproblematiek.

Prof. Dr. J.C. van Es,

Utrecht, februari 1971.



In het kader van een tijdelijke part-time medewerking aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht, tijdens het academiejaar 1967-1968, werd deze pilot-study uitgevoerd. De medewerking van de N.H.I. stafleden tezamen met de mogelijkheid half-time mede te werken in een huisartsenpraktijk hebben dit onderzoek mede helpen realiseren. Van bij de aanvang, bij de probleemstelling, werd steeds de bejaardenzorg voorop gesteld, deels uit persoonlijke interesse, deels door het feit dat in bovenstaande huisartsenpraktijk intense kontakten voorkwamen met een bejaardentehuis. Op deze wijze en door deze factoren beïnvloed is het volgende rapport tot stand gekomen.

Mijn eerste woord van dank gaat uit naar Professor.Dr. J.C. Van Es, directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht, die meer dan hulp en medewerking te bieden, een ware begeleider was tijdens mijn ganse verblijf in Utrecht, en aan wiens stimulans het in grote mate te danken is dat deze studie uitgevoerd en gerapporteerd werd. Speciale vermelding wil ik maken van de continue medewerking van Dr. J.A.Stoop, arts, die van bij de opzet en later vooral tijdens de uitvoering van het onderzoek een zeer belangrijke bijdrage geleverd heeft door zijn daadwerkelijke hulp bij de introductie en de verwerking.

J.M.Deveer, arts, en mejuffrouw H.I.Wijsenbeek, die samen met W.Ekker, arts, de begeleidende onderzoekscommissie uitmaakten, wil ik niet nalaten speciaal te vermelden. In het bijzonder W.Ekker ben ik bijzondere dank verschuldigd omwille van zijn steeds aanwezige hulp van bij de eerste formulering van de opzet tot het laatste woord van dit rapport.

Uiteindelijk ben ik vol erkenning voor het werk dat in het kader van het onderzoek geleverd werd door mejuffrouw M.Blitz, praktijkassistente en mejuffrouw Sturkenboom, stagiaire-praktijkassistente, evenals voor de medewerking van de direktie en het verplegend personeel van het bejaardentehuis waar een deel van dit onderzoek plaats vond.

Maldegem, 1.11.70

F.Vanden Bussche, ar



## INHOUD.

### DEEL I . DE OPZET. blz.

#### Hoofdstuk I. VRAAGSTELLING 1.

Schematische voorstelling van de werkwijze bij de funktiemethode, normale praktijkvoering, PGO en multiple screening.

#### Hoofdstuk II. METHODE. 7

##### § 1. Functie-methode 7.

##### § 2. Beschrijving van de gang van zaken bij het onderzoek 10.

##### § 3. De onderzochte bejaarden. 13.

### DEEL II. VERWERKING DER GEGEVENS.

#### Hoofdstuk I. DE UITVOERBAARHEID DER METHODE 16

##### § 1. De faktor tijd. 16

##### § 2. De gebruikte vragenlijst. 17

##### § 3. De waarde van enkele deelonderzoeken 19

#### Hoofdstuk II. ALGEMENE UITKOMSTEN. 21

##### § 1. De graad van invaliditeit of funktiebeperking 21

##### § 2. De onderkende factoren die een normaal functioneren verhinderen 24

A. De funktiemethode vergeleken met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts. 28

B. De funktiemethode vergeleken met het PGO. 33

#### Hoofdstuk III. DETAILLERING NAAR SUBGROEPEN 38

##### § 1. Het belang van de verschillende onderzoeksmethodes in functie van de initiatiefnemer. 38

|                                                                                                                                                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| A. Funktiemethode- gebruikelijke werkwijze van de huisarts,                                                                                     | blz.<br>38 |
| B. Funktiemethode - PGO                                                                                                                         | 41         |
| § 2. Het belang van de verschillende onderzoek-<br>methodes in funktie van de woonsituatie                                                      | 44         |
| A. De vergelijking tussen funktiemethode<br>en gebruikelijke werkwijze van de huis-<br>arts, rekening gehouden met de woon-<br>en leefsituatie. | 44         |
| B. De vergelijking tussen funktiemethode<br>en PGO rekening gehouden met de woon-<br>en leefsituatie.                                           | 47         |
| § 3. Het belang van de verschillende onder-<br>zoeksmethodes in funktie van de graad<br>van funktiebeperking of hulpbehoevendheid               | 50         |
| Hoofdstuk IV. DETAILBESPREKING DER GEREgistREERDE<br>GEGEVENS.                                                                                  |            |
| § 1. Algemeen overzicht van gegevens die door<br>de funktiemethode ontdekt worden.                                                              | 54         |
| § 2. Analyse der gegevens die door de funktie-<br>methode niet werden ontdekt en vooraf be-<br>kend aan de huisarts.                            | 58         |
| § 3. Analyse der gegevens die uitsluitend door<br>het PGO ontdekt worden en vooraf niet be-<br>kend waren.                                      | 59         |
| § 4. Gegevens die uitsluitend door de funktie-<br>methode ontdekt worden en vooraf niet be-<br>kend waren.                                      | 62         |
| DEEL III. SLOTBESCHOUWINGEN EN AANBEVELINGEN.                                                                                                   |            |
| Hoofdstuk I. ALGEMEEN UITKOMSTEN EN BESLUITEN<br>BETREFFENDE DE TIJDSBELASTING EN<br>DE OMVANG VAN DE UITGETESTE METHODE                        |            |
|                                                                                                                                                 | 63         |

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| § 1. De tijdsbelasting                                                                                                           | 63  |
| § 2. Algemeen besluit nopens de gebruikte vragenlijst                                                                            | 65  |
| § 3. Aanbevelingen en besluit                                                                                                    | 66  |
| Hoofdstuk II. SLOTBESCHOUWINGEN BETREFFENDE<br>DE BRUIKBAARHEID VAN DE UIT-<br>GETESTE METHODE, MOGELIJKHEDEN EN<br>BEPERKINGEN. | 67  |
| § 1. De funktiemethode en de gebruikelijke<br>werkwijze van de huisarts.                                                         | 67  |
| § 2. De funktiemethode en het PGO.                                                                                               | 69  |
| § 3. Aanbevelingen en besluit.                                                                                                   | 71  |
| Bijlagen.                                                                                                                        |     |
| I. Meetinstrument van Sidney Katz                                                                                                | 73  |
| II. De meetlat van Van Zonneveld en Fennis                                                                                       | 74  |
| III. De graadmeter zoals deze bij het on-<br>derzoek gebruikt werd .                                                             | 76  |
| IV. De voornaamste bij het onderzoek gebruik-<br>te formulieren                                                                  | 78  |
| V. Inlichtend schrijven aan de patiënten:                                                                                        | 84  |
| VI. Algemeen overzicht der geregistreeerde be-<br>lemmerende factoren en afzonderlijke<br>bespreking per diagnose(-groep)        | 86  |
| VII. Aanbevelingen voor een toekomstige werk-<br>wijze.                                                                          | 105 |



Hoofdstuk I.

Vraagstelling.

De-groep der bejaarde patiënten vormt voor de huisarts een bijzonder probleem. In de eerste plaats is bij hen het aantal lichamelijke bezwaren, ernstiger dan wel minder erg, het grootst. Het levenstempo van veel bejaarden - niet van alle - kan bij de tijdsdruk waarin de huisarts verkeert, een belemmering vormen voor goed onderzoek. Bij patiënten, die ook psychisch achteruitgaan, wordt het contact nog meer bemoeilijkt. En tenslotte hebben patiënt en arts geleerd een deel der klachten te aanvaarden. Bij beiden kan dit echter tot kortsluitingen leiden.

De huisarts zal op grond van het bovenstaande niet snel geneigd zijn, zeer veel verder dan nodig, op de gepresenteerde klacht van een bejaarde in te gaan. Nog minder zal hij er makkelijk toe komen, een bejaarde ongeroepen thuis op te zoeken. Het niet verschijnen op het spreekuur kan immers even goed een goed als een slecht teken zijn. Doch juist in dit laatste schuilt ons inziens een pleidooi voor wél actiever benaderen; een deel van de bejaarden, die de huisarts niet ziet, heeft inderdaad zijn hulp niet nodig. Bij een ander deel echter wordt het geen hulp inroepen veroorzaakt door een te vergaand aanvaarden van het op zichzelf natuurlijk ware: " de ouderdom komt met gebreken "

Een moeilijk punt is voor de huisarts, onderscheid te maken tussen aandoeningen die wél en die niet in behandeling behoeven. Welke bot- of gewrichtsafwijkingen moet men behandelen? Welke graad van hypertensie? Hypertensie kan op oudere leeftijd een compensatoir mechanisme betekenen voor een arteriosclerose, en wordt vooral door vrouwelijke patiënten vaak opmerkelijk goed verdragen. Het screenen, van patiënten die wel en die niet zijn zorg behoeven, is dus juist bij deze patiëntengroep voor de huisarts van veel belang.

De onderzoeken van Van Zonneveld en Fuldauer zullen gedeeltelijk wel bekend zijn, zij worden in het volgende nog nader besproken. De auteur heeft zich in deze studie echter op een ander standpunt geplaatst.

Niet het ontdekken van afwijkingen was zijn eerste doel. Doel juist het bovengenoemde "screenen van patiënten die zijn zorg behoeven. Dit kan geschieden zowel bij spreekuurpatiënten als actief, bij bejaarden met wie hij enige tijd geen contact heeft gehad. Er wordt ook vastgesteld in welke mate een patiënt (zijn) zorg nodig heeft. Op de wijze waarop deze zorgbehoefte wordt vastgesteld, wordt in het volgende uitvoerig ingegaan.

---

Bij de gebruikelijke werkwijze van de huisarts is deze "passief", in die zin, dat hij pas in actie komt als de patiënt door spreekuurbezoek of oproep tot visite zijn hulp inroept. Ook dan richt hij zich - bijzondere omstandigheden daargelaten - in hoofdzaak op de gepresenteerde klacht en tracht hier door anamnese en onderzoek een verklaring, en zo mogelijk een behandelingsmogelijkheid voor te vinden. Klachten, die om welke reden dan ook, niet worden gepresenteerd, of patiënten die überhaupt niet met hun klachten naar hem toekomen, blijven dus buiten zijn gezichtskring. Men kan veronderstellen dat bij deze gang van zaken zeker de ernstiger klachten en in het bijzonder de acute-aandacht krijgen. Bij de chronische klachten lijkt het systeem echter geen waarborg in te houden dat de "screening" op de juiste wijze gebeurt, met andere woorden dat het merendeel van de ernstige klachten bij hem terecht komt, en het merendeel van de minder ernstige klachten niet (zie schema).

Men heeft getracht aan het bovenstaande tegemoet te komen door periodiek geneeskundig onderzoek (P.G.O.) en multiple screening. In ons land hebben vooral de onderzoeken van Van Zonnenveld en van Fuldauer bekendheid gekregen. Aan het onderzoek van Van Zonnenveld werd door 374 huisartsen deelgenomen. Fuldauer heeft getracht in zijn eigen praktijk een inventaris te maken en het onderzoek aan te passen aan de praktijkomstandigheden van de huisarts. Hij komt tot de conclusie dat een beperkt, gericht onderzoek op een aantal welomschreven aandoeningen voor de huisarts mogelijk en wenselijk is.

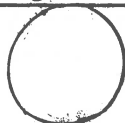
Naast deze oplossing - het opsporen van afwijkingen, zo volledig mogelijk dan wel gericht - hebben wij in deze studie een ander alternatief onderzocht.

Wij gaan er daarbij vanuit, dat niet alle aandoeningen van de oude dag behandeling behoeven. Belangrijk is wat de patiënt kan en wat hij niet kan, en nog belangrijker wat hij tot voor kort nog wel, maar thans niet meer kan. Het onderzoek bestaat er dan dus uit, de mogelijkheden van de bejaarde na te gaan.

Wat kan hij en wat kan hij niet? En pas in de tweede instantie: Waardoor kan hij dit niet (meer)? Het is dus een onderzoek naar de funktie. Pas in de tweede instantie komen medische verklaringen en behandelingsmogelijkheden aan de orde.

Teneinde een duidelijker inzicht te geven hoe en in wat de onderzochte funktiemethode zich onderscheidt van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts enerzijds en van preventieve onderzoeksmethodes zoals periodiek geneeskundig onderzoek ( P.G.O.) en multiple screening anderzijds, hebben we gepoogd deze verschillende werkwijzen schematisch voor te stellen en met elkaar te vergelijken.

### Legende:



= patiënt

**ARTS**

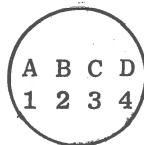
= huisarts

A B C D enz. = hoofdklachten of afwijkingen die door de patiënt zelf naar voren gebracht worden.

1 2 3 4 enz. = bijkomende klachten, prodromen al of niet door de patiënt ervaren of naar voren gebracht.

Schematische voorstelling van de werkwijze in:

### I. DE NORMALE PRAKTIJKVOERING



- A B C D -

**ARTS**

( anamnese      erkenning  
klin. onderz. - van  
fysioch.o.)

AI  
1

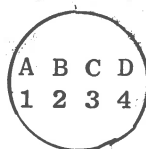
De patiënt komt met zijn hoofdklachten (A B C D) bij de arts die door anamnese en klinisch onderzoek diagnoses (A en B) of symptomen (C,D, 1 en 2) erkent en behandelt.

### II a. MULTIPLE SCREENING

**ARTS**

- screening  
gericht op

A  
B  
D  
2  
3



- erkenning  
van

A B D  
2 3

De arts onderzoekt zijn patiënt op de gebieden waarin A B D 2 en 3 gelegen zijn, herkent deze en behandelt ze. Hij mist hierdoor de factoren die buiten het terrein van de screening liggen (C, 1 en 4) zodat eventueel nog belangrijke klachten (C) blijven bestaan.

## II. P.G.O.

|      |   |           |   |         |   |           |         |
|------|---|-----------|---|---------|---|-----------|---------|
| ARTS | - | algemeen  | - | A B C D | - | erkenning | A B C D |
|      |   | onderzoek |   | 1 2 3 4 |   | van       | 1 2 3 4 |

De arts onderzoekt zijn patiënt volledig (anamnese, klinisch onderzoek, beperkt fysico-chemisch onderzoek), erkent hierdoor de meeste afwijkingen ( A B C D 1.2 3 4) en behandelt ze voor zover mogelijk. Sommige factoren zijn echter niet belangrijk genoeg of zijn onbehandelbaar zodat ze blijven bestaan. De arts is hier evenwel op de hoogte van het bestaan van deze factoren.

## III. DE FUNKTIEMETHODE:

a) toegepast in de gebruikelijke praktijkvoering van de huisarts curatief.

|         |   |         |   |      |   |           |   |         |
|---------|---|---------|---|------|---|-----------|---|---------|
| A B C D | - | A B C D | - | ARTS | - | funktie   | - | A B C D |
| 1 2 3 4 |   |         |   |      |   | onderzoek |   | 1 2     |

De patiënt komt met zijn hoofdklachten bij de huisarts. Deze onderzoekt eerst het functiepatroon van de patiënt en zoekt vervolgens de oorzaken op van de gestoorde functie. Aldus komt hij langs gericht onderzoek tot de ontdekking van A B C D 1 en 2. Enkele factoren ontsnappen hier aan de arts omdat ze het normaal functioneren niet verstoren.

b) toegepast als preventieve onderzoeksmethode.

|      |   |                 |         |   |           |      |
|------|---|-----------------|---------|---|-----------|------|
| ARTS | - | funktiemethode- | A B C D | - | erkenning | ABCD |
|      |   |                 | 1 2 3 4 |   | van       | 1.2  |

De initiatiefnemer is hier de arts, die bij zijn patiënten afwijkingen opspoor in het normaal functioneren en vervolgens door gericht onderzoek op het spoor komt van de belemmerende factoren.

( A B C D 1 en 2).

Het is van belang bovenstaande drie werkwijzen af te wegen. In deze studie wordt dan ook steeds de werkwijze bij de door ons gevolgde methode vergeleken, enerzijds met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts, en anderzijds met de bevindingen die bij P.G.O. gevonden zouden zijn. Om de laatste reden moest het onderzoek uitgebreider zijn dan anders nodig was geweest. Vragen, waarop het onderzoek tracht een antwoord te geven, zijn:

1. Welke gegevens komen met de funktiemethode aan het licht, die de huisarts niet kent? Hoe ernstig zijn de gevonden afwijkingen? Zijn ze behandelbaar?
2. Welke gegevens komen wel met P.G.O., doch niet met de funktiemethode aan het licht? Hoe ernstig zijn deze? Zijn deze behandelbaar?
3. Hoeveel tijd kosten de funktie-methode en het P.G.O. naast het normale werk van de huisarts?

Met de antwoorden op deze vragen moet het mogelijk zijn na te gaan, in hoeverre de opbrengst aan nieuwe behandelbare afwijkingen opweegt tegen de geïnvesteerde tijd en moeite.

§ 1. DE FUNKTIE-METHODE.

Zoals gezegd, hebben wij als criterium voor al dan niet verder onderzoek het funktioneren van de bejaarden gekozen. Uit de resultaten van ons onderzoek zal moeten blijken of dit criterium een goed criterium is. Maar reeds a priori kan men stellen dat de mogelijkheden waarover de bejaarde beschikt, de leefcirkel waarin hij zich beweegt, belangrijke graadmeters zijn voor zijn lichamelijke en psychische activiteit.

Vooraf een inkrimpen van de cirkel, een achteruitgaan van de mogelijkheden, zal voor de huisarts een signaal kunnen betekenen, dat deze bejaarde zijn bijzondere aandacht behoeft. Patiënten waarbij, wat de toestand van hun funktioneren betreft "alles wel" of althans niet gewijzigd is, zal hij misschien zolang deze toestand duurt, geen bijzondere zorg hoeven te geven. Ideaal zou zijn een weinig tijdovende screening, die goed discrimineert tussen patiënten die wel en die geen speciale aandacht vragen.

Vóór ons werden graadmeters voor het funktioneren van bejaarden ontwikkeld door onder meer Sidney Katz, Schreuder en Van Zonneveld + Fennis.

Sidney Katz maakte 7 klassen naar de mate van afhankelijkheid bij de voor het dagelijks leven noodzakelijke functies.

Zo is klasse I van anderen afhankelijk bij elk der functies: baden, kleden, naar het toilet gaan, bewegen en eten. Klasse 7 betekent onafhankelijkheid bij elk van deze vijf functies.

Sidney Katz omschreef nauwkeurig wat onder "afhankelijk", wat onder "onafhankelijk" verstaan dient te worden bij deze verrichtingen, en welke combinaties leiden tot de groepen 1 - 7. Deze schaal van "activities of daily living" (A.D.L.), welke een belangrijke grondslag vormde bij ons onderzoek, kan men aantreffen als bijlage 1.

De indeling van Schreuder is algemener en beperkt zich niet tot de voor het lichamenlijk funktioneren noodzakelijke functies. Hij onderscheidt 4 klassen, waarbij klasse 0 aangeeft, dat men zich kan redden, zowel bij beroepswerkzaamheden, huishouden en "activities of daily living". In klasse I kan men geen beroepswerkzaamheden vervullen, in klasse II ook niet het huishouden. In klasse III is men tevens hulpbehoevend met betrekking tot de A.D.L.'s .

Fennis en Van Zonneveld maakten gebruik van beide voorgaande indelingen en stelden hiermee 6 klassen samen. De eerste 3 klassen betekenen combinaties van de "A.D.L."- groeperingen van Sidney Katz, waarbij graad I de zwaarste categorie vormt (bedlegerig of daarmee gelijk te stellen, A.D.L. 1 en 2), graad III de lichtste (A.D.L. 7, d.w.z. personen die zich wel kunnen helpen voor wat betreft hun eigen persoonlijke functies, maar verder tot niets - ook niet tot het huishouden - in staat zijn). De graden IV - VI van Van Zonneveld en Fennis hebben betrekking op de bezigheden die uitgaan boven deze direkt noodzakelijke functies. Zij maken hierbij verschil voor vrouwen en mannen, waarbij voor vrouwen de mogelijkheden in het huishouden als maatstaf gelden ( graad IV: licht huishoudelijk werk mogelijk; graad V: alle werk, behalve het zwaarste; graad VI: ook zwaar huishoudelijk werk, zoals vloeren dweilen, nog mogelijk). Bij mannen werd een overeenkomstige indeling gemaakt, waarbij hun bezigheden in de hobby-sector en dergelijke het richtsnoer vormden. De indeling van Fennis en Van Zonneveld kan eveneens bij de bijlagen worden aangetroffen (bijlage 2).

Geleid door de bevindingen van Van Zonneveld en Fennis inzake de hanteerbaarheid van de door hen toegepaste graadmeter, hebben we deze als volgt veranderd en in ons onderzoek toegepast. Het onderscheid tussen mannen en vrouwen ten opzichte van het huishoudelijk werk hebben we weggelaten, doch als bijkomende maatstaf hebben we de actieradius genomen waarbinnen de bejaarde zich beweegt. Aldus verkrijgen we:

**GRAAD I** : geheel bedlegerig of daarmee gelijk te stellen geheel afhankelijk van anderen ( A.D.L. 1 of 2 definitie zie bijlage 1).

**GRAAD II** : patiënten die hulp nodig hebben bij de activiteiten van het dagelijks leven, zoals zich bewegen ( opkomen uit stoel of bed ), baden, kleden, naar het toilet gaan, eten, maar die hierbij toch niet geheel afhankelijk zijn van anderen ( A.D.L. 3 of 4 of 5 of 6; voor definitie zie bijlage 1).

**GRAAD III**: patiënten die geen hulp nodig hebben ten behoeve van hun eigen persoon, maar die verder tot niet in staat zijn (A.D.L. 7; voor definitie zie bijlage 1).

GRAAD IV : licht huishoudelijk werk mogelijk, alleen bewegingsvrijheid binnenshuis. (verdere definitie zie bijlage 2).

GRAAD V : alle huishoudelijk werk behalve het zwaarste, volledige bewegingsvrijheid binnen en in de onmiddellijke omgeving van de woning. (verdere definitie zie bijlage 2).

GRAAD VI : alle werk, ook het zwaarste en onbeperkte bewegingsvrijheid.

( Zie verder bijlage III).

## § 2. BESCHRIJVING VAN DE GANG VAN ZAKEN BIJ HET ONDERZOEK

Het onderzoek greep plaats bij bejaarden die geselecteerd werden enerzijds in een stadshuisartsenpraktijk en anderzijds in een bejaardentehuis.

Per casus ( 96 in totaal, zie verder § 3 : de onderzochte bejaarden), werd een dossier opgesteld, bestaande uit 11 formulieren, dat ons zou moeten toelaten alle gegevens volgens een welbepaalde volgorde te registreren.

Iedere bejaarde die in het onderzoek betrokken werd, kreeg een vooraf bepaald nummer van 1 tot 96, dat overeenstemde met zijn dossier in het onderzoek.

De formulieren omvatten groepsgewijze de registratie van gegevens met betrekking tot:

1. De codering van de patiënt in de onderzochte populatie, nummer van dossier, identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, adres, ouderdom, geslacht), wijze van introductie in het onderzoek en overzicht van de stand van zaken ( zie bijlage 4, formulier 1, voorzijde).
2. Een samenvatting van de verschillende funktiebeperkende en/of ziekmakende factoren ( somatische, psychische, sociale ), onderverdeeld naar: bekend vóór het onderzoek of onderkend tijdens het onderzoek. Daarnaast een overzicht van de voorgestelde maatregelen (therapie). ( Zie bijlage 4, formulier 1, achterzijde).
3. De registratie van de graad van funktiebeperving of hulpbehoevendheid aan de hand van de gebruikte meetlat ( formulier 2, bijlage 4).
4. Registratie van sociaal-culturele gegevens, namelijk al of niet aanwezigheid van hulp in geval van eerste nood, woonsituatie en financiële situatie ( formulier 3, bijlage 4).
5. Familie-anamnese en anamnese gericht op de detectie van psychische stoornissen ( formulier 4, bijlage 4).
6. Gerichte anamnese op de gestoorde funkties, navraag van de duur en ontstaansomstandigheden.  
Notitie van de medicatie op het ogenblik van het onderzoek ( formulier 5, bijlage 4).
7. Systeem-anamnese ( formulier 6 ).
8. Klinisch onderzoek ( formulier 7 ).
9. Uitbreiding van lichamelijk onderzoek en specialistische onderzoeken ( formulier 8 ).

10. Fysico-chemisch onderzoek (Bloed: HB, HT, BSE, Krea-  
tinine, Nuchter bloedsuiker; Urine: Albumine, Reduktie,  
Urobiline, S.G. en sediment; Faeces: Benzidine).  
Samenvatting van de gegevens, verkregen in 7-8-9 en 10.  
( formulier 9 ).
11. Uitbreiding van de hetero-anamnese ( formulier 10).
12. Follow-up van de onderzochte bejaarde ( formulier 11 ).

De introductie van het onderzoek bij de bejaarde geschiedde in alle gevallen door de huisarts, in wiens praktijk het onderzoek verricht werd en die aan zijn patiënten in enkele woorden de opzet uiteenzette en om hun medewerking verzocht. Voor de groep patiënten die zelf op het spreekuur kwamen, werden vanaf 1 februari 1968 alle patiënten aangesproken die in aanmerking kwamen, tot deze groep volledig was. De voorstelling van de opzet van het onderzoek geschiedde voor iedere bejaarde op dezelfde manier aan de hand van een inlichtend schrijven dat aan de patiënt werd medege-  
geven. ( Bijlage V ).

Na de introductie door hun huisarts en nadat de bejaarde zijn medewerking had toegezegd, werd onmiddellijk mondel-  
ing of nadien telefonisch een eerste afspraak gemaakt, ten huize van de bejaarde zelf voor een eerste gesprek. In dit eerste gesprek werd de hulpbehoefte opgemeten en de sociale en psychische evaluatie uitgevoerd. Op dat ogenblik werd ook een afspraak gemaakt voor het lichame-  
lijk onderzoek, dat gebeurde in de spreekkamer van de huisarts, en werd tevens geïnformeerd naar de persoon die in aanmerking kwam voor de hetero-anamnese. Bij dit gesprek werden ook de formulieren overhandigd voor het bloedonderzoek, waarvoor de bejaarde, zo hij dit kon, zich moest melden bij het laboratorium. In uitzonder-  
lijke gevallen kwam deze dienst zelf bij de bejaarde aan huis de bloedafname verrichten. Op de afgesproken dag en uur werd de bejaarde ontvangen in de spreekkamer van zijn huisarts, waar hij door de onderzoeker werd onderzocht en waar door de praktijkassistente het urine-  
onderzoek werd uitgevoerd, de bloedbezinking werd uitge-  
zet en het haemoglobinegehalte bepaald werd samen met de benzidinetest.

In het bejaardentehuis werd hetzelfde schema gevolgd, doch de bejaarden werden in de spreekkamer van de ver-  
pleegafdeling onderzocht en de taak van de praktijk-  
assistente werd hier vervuld door een assistente die op het tijdstip van het onderzoek een stagetijd liep in dezelfde praktijk.

Voor de groep bejaarden die op artsinitiatief werd benaderd, verliep de introductie enigszins anders. Vooraf werden lijsten opgesteld van de bejaarden die in aanmerking kwamen. Deze lijsten die in de volgorde waren opgesteld waarin de patiënten in de praktijk geregistreerd waren, overliepen alfabetisch alle bejaarden in deze praktijk. De bejaarden werden verzocht hun medewerking te verlenen door hun huisarts, die hiertoe één voor één met hen contact opnam, ofwel telefonisch ofwel door een huisbezoek. Weigerde een bepaalde bejaarde, dan werd de volgende op de lijst aangesproken. Dit bleek slechts in één geval nodig.

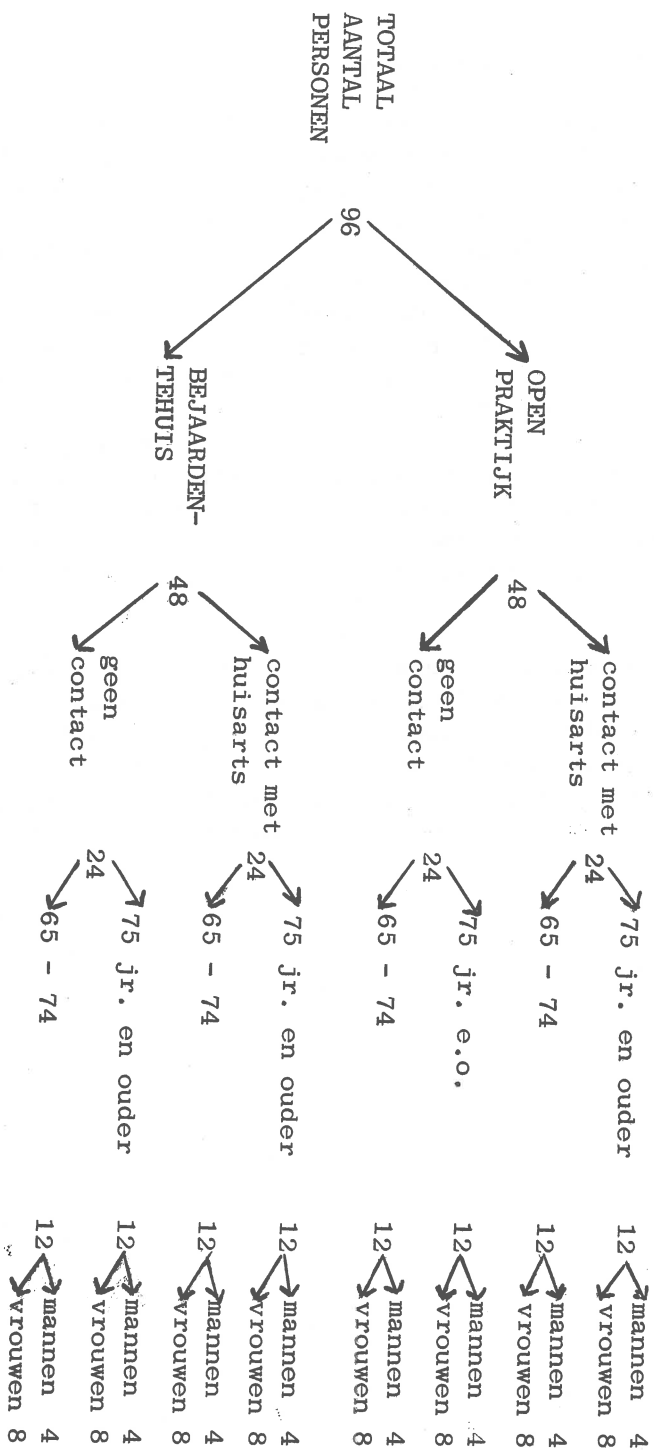
Verder verliep het gehele onderzoek zoals bij de eerste groep.

Het ganse verloop van het onderzoek en de stand op ieder ogenblik werd door de praktijkassistente samen met de onderzoeker aan de hand van het eerste formulier van de verschillende dossiers en een naamlijst gevolgd.

### § 3. DE ONDERZOCHE BEJAARDEN.

Wij waren in staat de werkwijze zoals in paragraaf 2 beschreven, uit te testen, enerzijds in een normale (stads-) huisartsenpraktijk en anderzijds in een bejaardentehuis, waar dezelfde huisarts aan verbonden is. Op deze wijze was het mogelijk de merites der methode te beoordelen in beide situaties: bij bejaarden in een bejaardentehuis en bij bejaarden levend in de "open" maatschappij. Het leek tevens van belang de werkwijze te beproeven, zowel bij bejaarden met wie de huisarts contact heeft, als bij diegenen die hij enige tijd niet gezien heeft. Door de eerste categorie verkrijgen wij inzicht in de wenselijkheid van een aanvulling op de normale "curatieve" contacten. Het onderzoek van de tweede categorie is zuiver preventief en laat zien in hoeverre bij deze groep, die normaal buiten de gezichtskring blijft toch latente behoeften aanwezig zijn.

Hiernaast werd bij het onderzoeksbestand nog rekening gehouden met de leeftijd en geslacht. In verband met de geslachtsverhouding op oudere leeftijd werden tweemaal zoveel vrouwen als mannen in het onderzoek betrokken. Aangezien de overige categorieën van gelijke grootte zijn, kan de opbouw van het totale bestand als volgt worden weergegeven:



Deze bejaardengroep werd geselecteerd uit een totale beschikbare populatie van 612 bejaarden, 314 geregistreerd in de huisartsenpraktijk, waarvan 206 vrouwen en 108 mannen en 298 in het bejaardentehuis, waarvan 216 vrouwen en 82 mannen.

## DEEL II VERWERKING DER GEGEVENS.

### Hoofdstuk I: DE UITVOERBAARHEID DER METHODE.

Tijdens de uitvoering van het functieonderzoek werden enkele notities gemaakt met het doel inzicht te verkrijgen in de uitvoerbaarheid der methode.

#### § 1. DE FAKTOR TIJD.

Algemeen wordt ten aanzien van het P.G.O. vastgesteld dat een dergelijke vorm van preventief onderzoek te tijdrovend is om als dusdanig in de huisartsenpraktijk te worden aangewend. Wanneer we in ons onderzoek de tijdsfaktor onderzoeken maken we onderscheid in twee fases. In de eerste fase wordt de graad van functiebeperking bepaald en gezocht naar aanknopingspunten voor verder onderzoek. Tenzelfdertijd gebeurt de sociale evaluatie. In de tweede fase grijpt het verdere onderzoek plaats naar bepaalde ziektebeelden en hun behandeling.

De verdeling van de bestede tijd voor het uitvoeren van de eerste fase wordt weergegeven in grafiek I. Hieruit blijkt dat de bestede tijd in de huisartsenpraktijk (gemiddeld 28 minuten per geval) bijna tweemaal groter is dan in het bejaardentehuis (gemiddeld 16 minuten). Dit vindt zijn verklaring in de handelingen die bij de eerste fase alleen werden uitgevoerd in de huisartsenpraktijk, namelijk het opzoeken van de patiënt in diens huis. Het afleggen van het huisbezoek vergt evenveel tijd als het uitvoeren van de rest van de eerste fase door het uitstappen uit de wagen - aanbellen en wachten tot de deur geopend wordt - begroeting - ophangen mantel - inleiding en voorstelling - eiddigen en vertrekken - instappen in de wagen).

Uit dit alles blijkt dat, op voorwaarde dat de patiënt zich op het spreekuur aanbiedt, de eerste fase gemiddeld in 16 minuten plaats vindt.

In de tweede fase wordt de patiënt na ondervraging (systeem-anamnese) aan een algemeen onderzoek onderworpen. De tijdsverdeling per geval wordt weergegeven in grafiek. Het verloop van het lichamelijk onderzoek blijkt net zoals de eerste fase vlugger te verlopen in het bejaardentehuis (gemiddeld 38 minuten) dan in de open praktijkvoering (gemiddeld 47 minuten). Dit verschil in tijd wordt verklaard door het feit dat in het bejaardentehuis de patiënten in groepjes van 3 à 5 worden opgeroepen voor het onderzoek en een heel deel van de tijdrovende handelingen door een zuster uitgevoerd werden (uitkleden - meten - wegen - bloeddrukcontrole - aankleden). Terwijl de zuster de ene patiënt hielp bij het aan- of uitkleden kon het onderzoek van een volgende patiënt doorgaan.

Bij de uiteindelijke bespreking van de resultaten (deel III) gaan we nader in op deze tijdsbelasting, waarbij we de funktiemethode enerzijds zullen vergelijken met de normale praktijkvoering en anderzijds met het P.G.O.

## § 2. DE GEBRUIKTE VRAGENLIJST.

Opdat de funktiemethode uitvoerbaar zou zijn, diende op de gestelde vragen een antwoord verkregen te worden. Uit de analyse van de verkregen antwoorden blijken er enerzijds vragen te zijn die regelmatig niet beantwoord werden, onafhankelijk van de groep waartoe de bejaarde behoort. Anderzijds leverden de vragen nopens het huishouden alleen moeilijkheden op bij de mannelijke bejaarden.

TABEL 1 : De redenen waarom bepaalde vragen niet beantwoord werden.

|                      | Baden (1)   | Stoken (15)<br>kolen schepen (14)    | Kleden<br>kloppen (25) | Vloer<br>dweilen (24)            | Koffer<br>sjouwen (26) |
|----------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Komt niet<br>voor in | 36 gevallen | 7 gevallen                           | 94 gevallen            | 96 gevallen                      | niet<br>bruikbaar      |
| Hulpmid-<br>del      | douche      | oliekachel<br>centrale<br>verwarming | stof<br>zuiger         | vaste<br>vloer<br>bedek-<br>king | -                      |
| Geen<br>antwoord     | -           | -                                    | 3 gevallen             | 1 ge-<br>val                     | -                      |

Het betreft hier handelingen die bij de bejaarden die bij het onderzoek betrokken waren, als dusdanig niet voorkomen ofwel omdat ze het gewoonweg niet doen ofwel omdat ze er steeds hulpmiddelen voor hebben gebruikt.

Wat de vraag over het baden betreft dient men voor ogen te houden dat in de vragenlijst van Sidney Katz uitdrukkelijk het ligbad bedoeld werd. Welnu in 36 gevallen in de huisartsenpraktijk was het ligbad vervangen door de douche.

In het bejaardentehuis bepaalde het huishoudelijke reglement de assistentie van een zuster bij het nemen van een ligbad. Wat betreft de vraag nr. 26: koffers sjouwen, dient gezegd te worden dat dit een zeer rekbaar begrip is, we hebben deze vraag dan ook tijdens het onderzoek vervangen door : het buitenzetten van een vuilnisbak.

Een tweede groep vragen, betreffende het huishouden, leverde uiteindelijk moeilijkheden op bij de mannelijke populatie. Bij het antwoorden van deze vragen werd evenwel duidelijk een verschil gemerkt tussen de bejaarden in de huisartsenpraktijk en deze in het bejaardentehuis.

In de huisartsenpraktijk bleken deze vragen niet bij toepassing bij 10 van de 16 patienten. De "hulpmiddelen" waren hier echtgenote, huishoudelijke hulp en pension.

In het bejaardentehuis daarentegen bleken alle mannelijke bejaarden een deel van deze activiteiten werkelijk uit te voeren. Alleen de vragen betreffende de activiteiten rond het bereiden van de eetmalen bleken van geen belang te zijn, gezien ze de warme maaltijden gemeenschappelijk gebruiken.

Uit de analyse van de antwoorden blijkt uiteindelijk dat bepaalde vragen herzien moeten worden in functie van het al of niet algemeen voorkomen van hulpmiddelen en anderszijds dat de eisen die aan het gedragspatroon van een bejaarde gesteld dienen te worden anders zijn naargelang de bejaarde voorkomt in de open huisartsenpraktijk of in het bejaardentehuis.

In de verdere bespreking (deel III) wordt hierover bij de beoordeling van de gebruikte graadmeter, uitvoerig gehandeld.

### § 3. DE WAARDE VAN ENKELE DEELONDERZOEKEN.

Bij de opzet van het onderzoek werd voor het opmeten van het gedragspatroon onderscheid gemaakt tussen een feitelijke en een mogelijke toestand. Dit komt in het onderzoek tot uiting doordat naast elke vraag niet alleen gevraagd werd of ze het al of niet deden, maar ook of ze het al of niet zouden kunnen doen.

Deze werkwijze werd toegepast omdat het te voorzien was dat op bepaalde vragen geen of een negatief antwoord kon komen zonder dat dit aanknopingspunten voor verder onderzoek zou opleveren. Achteraf blijkt echter dat alleen de feitelijk toestand waarde heeft. Enerzijds werden steeds aanknopingspunten teruggevonden door de redenen te onderzoeken waarom de bejaarde op een bepaalde vraag niet of negatief antwoordde. Anderzijds bleek de hetero-anamnese die aan het opmeten toegevoegd werd om de bejaarde op zijn antwoorden, vooral deze over de mogelijke toestand, te controleren niet bijzonder rendabel.

In het totaal werd de hetero-anamnese in 4 gevallen geweigerd en in 9 gevallen was ze onuitvoerbaar.

De bejaarden die weigerden drukten expliciet hun verlangen uit geen andere personen in het onderzoek te betrekken. De ene beschouwde dat als een inmenging van buitenuit, de andere als een hulp, terwijl ze van niemand iets aan te nemen noch gevraagd hadden. Bij wie het onmogelijk was, vonden we verschillende redenen. Eén geval van angstige depressie die zich totaal isoleerde van de buitenwereld, zodat er niemand in aanmerking kwam om de hetero-anamnese bij af te nemen. Een tweede had alleen een zuster die voldoende op de hoogte was, maar deze woonde in een andere stad op meer dan 100 km van de plaats van het onderzoek af. In een derde geval werd de persoon die in aanmerking kwam voor de hetero-anamnese precies op het ogenblik van het onderzoek ernstig ziek en werd met spoed gehospitaliseerd.

In drie andere gevallen leefden de bejaarden zonder duidelijke reden zo teruggetrokken dat ze niemand konden aanduiden waarbij de hetero-anamnese kon worden afgenomen. Bij de drie resterende gevallen bleek het na het onderzoek niet duidelijk waarom geen hetero-anamnese werd opgenomen. In 14 gevallen gaf de hetero-anamnese tegenstrijdige antwoorden met deze van de bejaarden.

Bij dit laatste gegeven dient men tevens te bedenken dat het onmogelijk is om objektief uit te maken wie het bij het rechte eind heeft, de bejaarde of de persoon die voor de hetero-anamnese in aanmerking kwam.

Wanneer we nog de tijd en de moeite in rekening brengen die het kost om een hetero-anamnese tot stand te brengen, lijkt het ons toe dat zowel het opsporen van een "mogelijke toestand" als de daaraan vasthangende hetero-anamnese bij herhaling zouden mogen weggelaten worden.

## Hoofdstuk II : ALGEMENE UITKOMSTEN

Vooraleer een antwoord te zoeken op de centrale vraagstellingen van onze studie, lijkt het ons nuttig een beeld te vormen van de verdeling der meest belangrijke gegevens.

§ 1. De graad van funktiebeperking of hulpbehoevendheid.

§ 2. De onderkende factoren die een normaal funktioneren verhinderen.

### § 1. DE GRAAD VAN INVALIDITEIT OF FUNKTIEBEPERKING.

De totale onderzochte bejaardenpopulatie is als volgt verdeeld over 5 graden van funktiebeperking. (hoofdstuk I, § 1).

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| 3 totaal invalide, bedlegerig | Graad I   |
| 3 zeer ernstig invalide       | Graad II  |
| 17 ernstig invalide           | Graad III |
| 17 matig invalide             | Graad IV  |
| 29 licht invalide             | Graad V   |
| 26 totaal valide              | Graad VI  |

Hieruit blijkt dat meer dan  $\frac{1}{4}$  van de onderzochte populatie totaal valide bejaarden zijn, die een normaal funktioneren bezitten.

Deze verdeling van de bestudeerde populatie ten opzichte van de verschillende graden van funktioneren is evenwel veranderlijk naargelang we een meer omschreven selectie toepassen. In dit verband zijn twee toegepaste selecties voor de verdere studie van belang :

A/ Het onderscheid tussen de groep die op eigen initiatief en deze die op artseninitiatief in de studie betrokken zijn.

B/ Het onderscheid tussen de groep in de open huisartsenpraktijk en deze van het bejaardentehuis.

A/ De volgende tabel geeft een overzicht van de groepen die in het onderzoek betrokken werden omdat ze op het ogenblik van het onderzoek een beroep deden op de huisarts (patiëntinitiatief) en de groep die gedurende minstens een periode van 6 maanden geen beroep meer had gedaan op hun huisarts. Deze laatsten werden dan ook door hun huisarts zelf opgezocht (arts-initiatief).

Tabel 2: Verdeling van de patienten naar invaliditeitsgraad en patient-initiatief resp. arts-initiatief.

|         | Patient<br>initiatief | Arts<br>initiatief |
|---------|-----------------------|--------------------|
| Graad I | 1                     | 2                  |
| II      | 3                     | 0                  |
| III     | 11                    | 6                  |
| IV      | 9                     | 8                  |
| V       | 14                    | 15                 |
| VI      | 10                    | 16                 |
|         | 48                    | 47                 |

Alleen in de groep totaal validen lijkt er een duidelijke verschuiving te bestaan naar de groep die op arts initiatief werden benaderd. Opmerkelijk is tevens dat voor de ernstig tot licht invalide bejaarden de verdeling niet duidelijk verschilt in beide groepen.

De zeer ernstige en totale invalide bejaarden (I + II) komen vooral voor in de groep die op eigen initiatief zijn huisarts opzocht. Het kan dan ook verwonderlijk schijnen dat toch no 2 op de 3 gevallen van de totaal invaliden voorkomen in de groep die sinds 6 maand geen arts meer heeft geraadpleegd. Het betreft hier twee gevallen in het bejaardentehuis, waar het wel kan voorkomen dat een patient gedurende geruime tijd niet door een arts gezien werd, gezien de aanwezigheid van de zuster die zolang er geen verandering kwam in de toestand van de patient, instond voor zijn verzorging.

B/ Een overzicht van de groep in het bejaardentehuis en in open huisartsenpraktijk wordt in volgende tabel weergege

Tabel 3: Verdeling van de patienten naar invaliditeitsgraad en huisartsenpraktijk resp. bejaardentehuis.

|         | Huisartsen-<br>praktijk | Bejaarden-<br>tehuis |
|---------|-------------------------|----------------------|
| Graad I | 1                       | 2                    |
| II      | 1                       | 2                    |
| III     | 2                       | 15                   |
| IV      | 4                       | 13                   |
| V       | 16                      | 13                   |
| VI      | 23                      | 3                    |
|         | 47                      | 48                   |

Uit tabel 3 blijkt duidelijk het geringe getal van valide bejaarden in het bejaardentehuis, terwijl de zeer ernstige en totaal invaliden het minst in de open huisartsenpraktijk voorkomen.

Toch schijnt de aanwezigheid van 3 totaal validen in het bejaardentehuis en deze van 1 totaal invalide en 1 zeer ernstig invalide in de huisartsenpraktijk minder aannemelijk. De verklaring ligt in het feit dat bij de opname in het bejaardentehuis de graad van validiteit van belang is, bejaarden die valid zijn komen altijd in aanmerking, deze die té invalide zijn niet.

Anderzijds zijn de 2 gevallen van sterk invalide bejaarden in de open huisartsenpraktijk voorzien van de nodige hulpmiddelen zodat zij thuis kunnen verzorgd worden.

casus nr. 6: een man, ouderdom 75 jaar met lupus erythematodes, cacetisch bedlegerig met flexiecontracturen maar voortdurend bijgestaan door zijn echtgenote, die op haar beurt geholpen wordt door de wijkverpleegster. (Graad I).

casus nr. 7: een man, ouderdom 75 jaar met coxarthrosis Rechts decompensatio cordis, chronische astmatische bronchitis, + diverticulitis sigmoidalis, angina pectoris, bijgestaan door een huishoudhulp, die al jaren bij hem in dienst was. Tijdens de geringe tijd dat deze hulp afwezig was kon de man telefonisch hulp oproepen of deed hij beroep op zijn burens waar hij dan altijd een goed hulp aan had. (Graad II)

Deze beide bejaarden konden dus zelf instaan voor de nodige hulp; de ene (casus 6) omdat hij een volledige valide echtgenote heeft en de andere (casus 7) omdat hij een financieel vermogen had dat hem het blijven betalen van de hulp van derden mogelijk maakte.

Of de populaties van jongere en oudere (jonger dan 75 resp. 75 en ouder) bejaarden, als deze van mannelijke en vrouwelijke zich verschillend gedragen t.o.v. de verscheidene graden van invaliditeit, kunnen we in deze studie moeilijk uitmaken. Zoals trouwens reeds voor het voorgaande bleek, is zeker bij dergelijke vergelijkingen de onderzochte populatie te klein om besluiten te kunnen trekken.

## § 2 DE ONDERKENDE FAKTOREN DIE EEN NORMAAL FUNKTIONEREN VERHINDEREN.

Het opmeten van de graad van hulpbehoevendheid of invaliditeit heeft als doel de invalidiserende factoren op het spoor te komen, en deze in te delen in belangrijke factoren of minder belangrijke factoren die de invaliditeit direct of indirect beïnvloeden.

De termen belangrijke factoren in direct of indirekt verband met de funktiebeperking en minder belangrijke factoren willen we aan de hand van volgende voorbeeld nader toelichten.

Voorbeeld casus 48: vrouw 83 jaar.

fase I Opmeten van de funktiebeperking of hulpbehoevendheid.

Negatief antwoord op volgende vragen:

1. stofzuigen
2. wandelen in de gang
3. boodschappen doen
4. bezoeken afleggen
5. wassen en strijken
6. tillen

en volgende.

Besluit: Graad van funktiebeperking: IV

Bij de navraag waarom ze deze functies niet meer verrichtte kwam als antwoord:

1. huishoudelijke hulp
- 2, 3 en 4 : pijn in de benen bij het lopen
5. bij lang staan pijn in de benen
6. krachtverlies in armen

fase II A Hierdoor richten wij het verder onderzoek op het bewegingsapparaat en het cardiovasculaire apparaat. De volgende diagnoses werden gesteld.

1. artrosis deformans
2. varices onderste ledematen.
3. decompensatio cordis
4. hypertensie
5. arteriosclerose

B Bij verder algemeen onderzoek vonden we nog:

1. lichte graad perceptie-doofheid.

## Bespreking:

Belangrijk noemen we deze factoren die in direkt of indirekt verband staan met de funktiebeperking.

In direkt verband wil zeggen dat deze factoren, ontdekt door het opmeten van de funktioneren wegens hun ernstig uitgebreidheid direkt aansprakelijk gesteld kunnen worden voor de funktiebeperking (of een deel ervan).

In het voorbeeld was dat het geval met de factoren 1 en 2 (arthrosis deformans en varices).

In indirekt verband wil zeggen dat deze factoren wel in verband staan met de funktiebeperking (zij kwamen namelijk aan het licht door de graad van funktiebeperking op te meten) doch dat hun ernstigheidsgraad of uitgebreidheid niet van die aard is dat zij het funktioneren op de eerste plaats gaan beperken. In het voorbeeld was dit het geval met de factoren 3, 4 en 5 (decompensatio cordis, hypertensie en atherosclerose).

Anderzijds zijn er factoren die we minder belangrijk noemen. Het zijn factoren die niet door de funktiemethode, doch tijdens het algemeen onderzoek aan het licht kwamen en waarvan de geringe ernstigheidsgraad of uitgebreidheid slechts een zeer laattijdige of zelfs geen invloed laat vermoeden op het funktioneren van de bejaarde.

In het voorbeeld was dit het geval voor wat de perceptiedoofheid betreft.

Volledigheidshalve dient vermeld dat sommige factoren die alleen door het algemeen onderzoek ontdekt werden, ook konden gerangschikt worden bij de factoren die in indirekt verband stonden met de graad van funktiebeperking. Dit gebeurde wanneer we redelijkerwijze een verband konden leggen tussen bepaalde tekorten in het funktioneren en deze factoren.

Samenvattend komen we dus tot de volgende indeling van de geregistreerde factoren.

Belangrijke: direkt verband: alleen ontdekt in het gericht onderzoek na opmeten van de functiebeperking en door hun ernstigheidsgraad duidelijk medeverantwoordelijk voor de functiebeperking.

indirekt verband:

- ofwel ontdekt in het gericht onderzoek na het opmeten v.d. functiebeperking maar minder ernstig van aard.
- of wel ontdekt in het algemeen niet-gericht onderzoek doch duidelijk medeverantwoordelijk voor het beperk funktioneren.

Minder

belangrijke: gegevens die uitsluitend ontdekt werden in het algemeen ingerichte onderzoek maar niet verantwoordelijk konden gesteld worden voor het medebepalen van de functiebeperking.

Nevenstaande tabel geeft een algemeen overzicht van het aantal gegevens die tijdens het onderzoek geregistreerd werden. De gegevens die niet in verband stonden met de graad van invaliditeit werden hier niet in opgenomen.

Er wordt evenwel onderscheid gemaakt tussen gegevens die gevolgd werden door een maatregel (therapie) en de overige, alsook tussen de gegevens die nieuw ontdekt werden en deze die reeds vooraf bekend waren.

Tabel 4: Overzicht van de gegevens ontdekt door de funktiemethode en het P.G.O., met aanduiding van deze die vooraf bekend waren en van deze die door een maatregel gevolgd werden.

|                                                                      | TOTAAL | MET<br>MAATREGEL | ZONDER<br>MAATREGEL | NIEUW | VOORAF<br>BEKEND |
|----------------------------------------------------------------------|--------|------------------|---------------------|-------|------------------|
| Belangrijke gegevens<br>ontdekt door de<br>funktiemethode            | 230    | 162              | 68                  | 112   | 118              |
| Belangrijke gegevens<br>die alleen door het<br>P.G.O. ontdekt werden | 107    | 52               | 55                  | 50    | 57               |
| TOTAAL                                                               | 337    | 214              | 123                 | 162   | 175              |

Alhoewel we hierdoor een eerste inzicht krijgen in de ontdekte factoren, laat dit overzicht niet toe reeds besluiten te trekken.

De waarde van de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts, zoals ten opzichte van h P.G.O., wordt verder onderzocht, door een analyse van de verkregen gegevens.

In een eerste vergelijking proberen we de funktiemethode af te zetten tegenover de gebruikelijke werkwijze van de huisarts (A).

In een tweede stap vergelijken we de funktiemethode met het P.G.O. (B).

Aldus wordt getracht een nader antwoord te formuleren op de centrale vraagstellingen van deze studie.

A/ De funktiemethode vergeleken met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts (en omgekeerd).

Zoals in het eerste deel geformuleerd, kan de vergelijking tussen beide werkwijzen omschreven worden in de volgende vragen.

1. Welke gegevens komen met de "functie"-methode aan het licht, die de huisarts niet kent?
2. Hoe ernstig zijn de gevonden afwijkingen?
3. Zijn ze behandelbaar?
4. Welke gegevens, welke aan de huisarts bekend waren, kwamen met de "functie"-methode niet aan het licht?

(Tabel 5)

In totaal werden 112 gegevens geregistreerd die door de funktiemethode aan het licht gekomen zijn en vooraf niet bekend waren.

Gezien in het totaal door de funktiemethode 230 gegevens geregistreerd werden, blijkt hieruit dat ongeveer de helft (49%) der geregistreeerde gegevens nieuw zijn.

In hoeverre deze gegevens van belang zijn is ondermeer afhankelijk van het feit of ze al of niet gevolgd worden door een maatregel (therapie).

Uit tabel 5 blijkt dat voor 65% (73 op 112) een maatregel genomen wordt.

Een andere maatstaf voor de belangrijkheid van de gegevens is hun verhouding ten opzichte van de funktiebeperking van de patient.

Uit de tabel is duidelijk dat het overgrote meerendeel der gegevens waarvoor een maatregel genomen wordt in rechtstreeks verband staat met de validiteit van de patient. Namelijk 78,5% (82 op 112) staat rechtstreeks in verband met de invaliditeit, en daarvan wordt 75,6% (62 op 82) behandeld, terwijl er slechts 21,5% (30 op 112) der gegevens in onrechtstreeks verband staat met de funktiebeperking of invaliditeit waarvan 36,6% (11 op 30) behandeld wordt.

Tabel 5: Gegevens aan het licht gekomen door de funktiemethode, die de huisarts niet vooraf kende.

|         | Gegevens in rechtstreeks verband met de invaliditeit |                  | Gegevens in onrechtstreeks verband met de invaliditeit. |                  |
|---------|------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------|------------------|
|         | Met maatregel                                        | Zonder maatregel | Met maatregel                                           | Zonder maatregel |
| Graad I | 0                                                    | 0                | 0                                                       | 0                |
| II      | 3                                                    | 1                | 0                                                       | 1                |
| III     | 15                                                   | 6                | 1                                                       | 3                |
| IV      | 19                                                   | 7                | 0                                                       | 4                |
| V       | 24                                                   | 4                | 4                                                       | 6                |
| VI      | 1                                                    | 2                | 6                                                       | 5                |
|         | 62                                                   | 20               | 11                                                      | 19               |
|         | 82                                                   |                  | 30                                                      |                  |
|         |                                                      | 112              |                                                         |                  |

#### VOORLOPIG BESLUIT:

Van het totaal aantal gegevens geregistreerd door de funktiemethode zijn er 49% nieuwe gegevens.

Van de nieuw ontdekte gegevens staat 78,5% in rechtstreeks verband met het funktioneren van de bejaarde en voor 65% worden ze behandeld.

Om evenwel een idee te krijgen van de al of niet belangrijkheid van de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke praktijkvorming, is het ook nog belangrijk te kijken naar de gegevens die aan de huisarts bekend waren maar die niet door de funktiemethode geregistreerd werden.

Tabel 6: Gegevens die vooraf bekend waren aan de huisarts en niet geregistreerd werden door de funktiemethode.

|         | Met maatregel | Zonder maatregel |
|---------|---------------|------------------|
| Graad I | 0             | 0                |
| II      | 2             | 2                |
| III     | 4             | 2                |
| IV      | 3             | 0                |
| V       | 5             | 7                |
| VI      | 16            | 16               |
|         | 30            | 27               |
|         | 57            |                  |

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 57 gegevens vooraf bekend waren en niet ontdekt werden door de funktiemethode. Deze gegevens staan in indirect verband met het functioneren van de patiënt en worden voor 52,6% (30 op de 57) behandeld. Een verklaring hiervoor wordt gezocht bij de verdere analyse der geregistreerde gegevens (deel II, Hoofdstuk IV, 2). Om nog een betere beoordeling toe te laten van het belang der funktiemethode naast de gebruikelijke praktijkvoering werden de besproken gegevens herwerkt op de volgende wijze.

Aan de geregistreerde gegevens werd een puntenwaarde toegekend die rekening houdt met het feit of ze:

- 1e: in direct of indirect verband staan met het functioneren van de patiënt.
- 2e: al of niet behandeld worden.

Deze puntenklassering die in de verdere bespreking nog meermalen voorkomt is als volgt opgesteld.

4 punten = in direct verband met het funktioneren, wordt behandeld.

3 punten = idem doch wordt niet behandeld.

2 punten = in indirect verband met het funktioneren, wordt behandeld.

1 punt = idem als 2 punten, doch wordt niet behandeld

Natuurlijk mag men aan deze puntentoekenning geen absolute waarde toegekend worden, aangezien zij een arbitrair karakter draagt. Deze methode maakt het echter mogelijk toch een zekere weging toe te passen van ongelijksoortige gegevens en hierdoor het geheel overzichtelijk te maken. Over de factoren die in de punten tot uiting komen - verband met de functie van de patiënt enerzijds en behandelbaarheid anderzijds - zal weinig verschil van mening bestaan.

TABEL 7 : Evaluatie van de bestudeerde gegevens volgens een puntenstelsel.

Volgens nevenstaande tabel blijkt duidelijk dat de vergelijking funktiemethode - gebruikelijke praktijkvoering, in het voordeel van de funktiemethode uitvalt.

#### Besluit:

Volgens een methode waarbij de bevindingen worden gewogen naar hun invloed op de invaliditeit en hun behandelbaarheid, gaf de funktiemethode een opbrengst van 354 punten tegen 87 punten in het voordeel van de gebruikelijke praktijkvoering.

De verdere vergelijking met het P.G.O. moet deze puntenwaarden in het juiste daglicht stellen. Namelijk uit bovenstaande blijkt wel dat de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke praktijkvoering waardevol is, doch een dergelijke vergelijking vertelt niets over het belang van de funktiemethode ten opzichte van andere onderzoeksmethodes.

Nieuwe gegevens aan het licht gekomen door de funktiemethode, niet vooraf bekend.

Gegevens vooraf bekend en niet geregistreerd door de funktiemethode

Gegevens in direct verband met de funktie

Gegevens in indirect verband met de funktie

Met maatregel (2 punten)

Zonder maatregel (1 punt)

Met maatregel 4 punten

Zonder maatregel 3 punten

Met maatregel 2 punten

Zonder maatregel 1 punt

GRAAD I

0

3

0

0

0

0

GRAAD II

12

3

0

1

4

2

GRAAD III

60

18

2

3

8

2

GRAAD IV

76

21

2

4

6

0

GRAAD V

96

12

8

6

10

7

GRAAD VI

4

6

12

5

32

16

248

63

24

19

60

27

311

43

87

354

87

Funktiemethode

Gebruikelijke praktijkvoering

B/ De funktiemethode vergeleken met het P.G.O.

In het eerste deel werd omschreven, hoe tijdens het onderzoek gegevens geregistreerd werden die niet aan het licht kwamen door de funktiemethode, namelijk door het inlassen van volledig lichamelijk onderzoek. Anderzijds werd de onderzoeksituatie van een P.G.O. gesimuleerd door een groep bejaarden in deze studie te betrekken, die sedert 6 à 12 maanden geen curatief noch preventief contact met hun huisarts meer hadden opgenomen.

Bij de algemene vergelijking tussen de funktiemethode en het P.G.O., vertrekken we van de totale onderzochte populatie. In de detailbespreking komen we terug op de verschillen die zich zouden voordoen tussen de groep die op het ogenblik van het onderzoek in contact stond met hun huisarts en deze die door hun huisarts zelf benaderd werden.

De vergelijking tussen beide methodes kan omschreven worden in volgende vraagstellingen:

1. Welke gegevens komen met het P.G.O. wel en met de funktiemethode niet aan het licht?  
Hoe ernstig zijn deze?  
In welke mate zijn ze behandelbaar?
2. Welke gegevens komen met de funktiemethode wel en met het P.G.O. niet aan het licht?  
Hoe ernstig zijn ze?  
In welke mate zijn ze behandelbaar?

TABEL 8 : Gegevens die door het P.G.O. wel en door de funktiemethode niet aan het licht komen.

|           | Nieuwe gegevens  |                     | Vooraf bekende   |                     |
|-----------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|
|           | met<br>maatregel | zonder<br>maatregel | met<br>maatregel | zonder<br>maatregel |
| GRAAD I   | 0                | 1                   | 0                | 0                   |
| GRAAD II  | 0                | 1                   | 2                | 2                   |
| GRAAD III | 0                | 2                   | 4                | 2                   |
| GRAAD IV  | 6                | 3                   | 3                | 0                   |
| GRAAD V   | 5                | 8                   | 5                | 7                   |
| GRAAD VI  | 11               | 13                  | 16               | 16                  |
|           | 22               | 28                  | 30               | 27                  |
|           | 50               |                     | 57               |                     |
|           | 107              |                     |                  |                     |

#### Bespreking :

Uit tabel 8 blijkt dat 107 gegevens door de funktiemethode gemist worden, terwijl ze wel door het P.G.O. geregistreerd worden. Van deze gegevens zijn er 46,7 % (50 op 107) nieuw en 53,3 % waren vooraf bekend. Van de nieuwe gegevens worden er 44 % (22 op 50) behandeld. Het betreft hier gegevens die in indirect verband staan met het funktioneren, gezien ze niet aan het licht kwamen door het opmeten van de funktie (funktiemethode).

In totaal werden er in deze studie 337 gegevens geregistreerd (tabel 4), m.a.w. 31,7 % van de totaal geregistreerde gegevens (107 op 337) werden uitsluitend door het P.G.O. ontdekt.

### Voorlopig besluit:

Bij een globale vergelijking tussen de funktiemethode en P.G.O. blijkt het P.G.O. meer gegevens aan het licht te brengen dan de funktiemethode (31,7 %).

Deze vergelijking is evenwel te algemeen. Wanneer we de beide methodes willen beoordelen in functie van de preventie is alleen de registratie van nieuwe gegevens van belang.

Anderzijds moet rekening gehouden worden met een aantal gegevens die aan het P.G.O. ontsnappen en alleen door de funktiemethode ontdekt worden. Wanneer we aannemen dat het P.G.O. geen rekening houdt met sociaal belemmerende factoren, dan zijn alle sociale factoren die geregistreerd werden toe te schrijven aan de funktiemethode.

Teneinde het belang van de meerwaarde van het P.G.O. te kunnen relativeren in het geheel van de besproken gegevens, worden bovenvermelde factoren berekend volgens vroeger vermeld puntenstelsel.

Tabel 9      Evaluatie van de gegevens die wel door het P.G.O. en niet door de funktiemethode aan het licht kwamen volgens een puntenstelsel.  
(pag. 36 )

Tabel 9:

| Graad | Nieuwe gegevens alleen door P.G.O. ontdekt |                                 | Nieuwe gegevens alleen door functie-<br>methode ontdekt. |                             |                                          |                              |
|-------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
|       |                                            |                                 | in rechtstreeks<br>verband met<br>functie                |                             | in onrechtstreeks<br>verband met functie |                              |
|       | Met<br>maatregel<br>( 2 p.)                | Zonder<br>maatregel<br>( 1 p. ) | Met<br>maatr.<br>(4 p.)                                  | Zonder<br>maatr.<br>( 3 p.) | Met<br>maatr.<br>( 2 p. )                | Zonder<br>maatr.<br>( 1 p. ) |
| I     | 0                                          | 1                               | 0                                                        | 0                           | 0                                        | 0                            |
| II    | 0                                          | 1                               | 0                                                        | 0                           | 0                                        | 0                            |
| III   | 0                                          | 2                               | 4                                                        | 0                           | 0                                        | 0                            |
| IV    | 12                                         | 3                               | 4                                                        | 0                           | 0                                        | 0                            |
| V     | 10                                         | 8                               | 4                                                        | 0                           | 0                                        | 0                            |
| VI    | 22                                         | 13                              | 0                                                        | 0                           | 0                                        | 1                            |
|       | 44                                         | 28                              | 12                                                       | 0                           | 0                                        | 1                            |
|       | 72                                         |                                 | 12                                                       |                             | 1                                        |                              |
|       | 72                                         |                                 | 13                                                       |                             |                                          |                              |

Wanneer we het P.G.O. toepassen, dan behalen we 72 punten op het funktieonderzoek door het ontdekken van nieuwe gegevens die niet door de funktiemethode erkend werden. Omgekeerd behalen we 13 punten op het P.G.O. doordat de funktiemethode eveneens een aantal factoren ontdekt die niet door het P.G.O. aan het licht kwamen.

Beschouwd als preventieve methode, gericht op het ontdekken van vooraf niet bekende gegevens, wint het P.G.O. het, op de funktiemethode met  $72 - 13 = 59$  punten.

### Hoofdstuk III : DETAILLERING NAAR SUBGROEPEN

Bij de opzet van de studie werd de bestudeerde populatie bewust volgens verschillende kenmerken geselecteerd. Deze differentiatie zal ons toelaten dieper in te gaan op het al of niet belangrijk zijn van de uitgeteste methode, ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts enerzijds en het P.G.O. anderzijds.

#### § 1. Het belang van de verschillende onderzoeksmethodes in functie van de initiatiefnemer.

---

Zoals vroeger vermeld kunnen we onze populatie in twee groepen indelen, naargelang de persoon die het initiatief nam zich te laten onderzoeken of een onderzoek in te stellen, de patiënt of de huisarts. De eerste groep die in het onderzoek betrokken werd, was samengesteld uit bejaarden, die op het ogenblik van het onderzoek contact hadden opgenomen met hun huisarts (op spreekuur of huisbezoek). Deze groep wordt gekenmerkt door het patiënten-initiatief (P.I.).

De tweede groep was samengesteld uit bejaarden die sedert minimaal 6 maanden geen contact meer hadden opgenomen met hun huisarts. Ze werden op het ogenblik van het onderzoek door hun huisarts benaderd om aan het onderzoek deel te nemen. Deze groep kenmerkt zich dus door het arts-initiatief (A.I.).

#### A. FUNKTIEMETHODE - GEBRUIKELIJKE WERKWIJZE VAN DE HUISARTS

Het is duidelijk dat de tweede groep (A.I.) in strictu sensu niet voorkomt in de gebruikelijke praktijkvoering, waar de arts meestal wacht op het initiatief van de patiënt, en slechts zelden zelf het initiatief neemt om ongevraagd de patiënt te onderzoeken. Wanneer we de funktiemethode vergelijken met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts, bestaat de mogelijkheid dat deze vergelijking verschillend zal zijn voor de eerste (P.I.) en de tweede groep (A.I.).

TABEL 10. Overzicht in functie van de graad van invaliditeit of hulpbehoevendheid, van de puntenwaarde behaald door de beide methodes (funktiemethode en gebruikelijke praktijkvoering) in de twee groepen Patiënt-initiatief (P.I.) en Arts-initiatief (A.I.).

Tabel 10.

|               | GRAAD I |   | GRAAD II |    | GRAAD III |    | GRAAD IV |     | GRAAD V |     | GRAAD VI |    | TOTAAL |     |
|---------------|---------|---|----------|----|-----------|----|----------|-----|---------|-----|----------|----|--------|-----|
|               | GP      | F | GP       | F  | GP        | F  | GP       | F   | GP      | F   | GP       | F  | GP     | F   |
| P.I.          | 0       | 0 | 6        | 16 | 10        | 31 | 4        | 56  | 9       | 44  | 20       | 16 | 49     | 163 |
| A.I.          | 0       | 3 | 0        | 0  | 0         | 52 | 2        | 47  | 8       | 78  | 28       | 11 | 38     | 191 |
| Totale Popul. | 0       | 3 | 6        | 16 | 10        | 83 | 6        | 103 | 17      | 122 | 48       | 27 | 87     | 354 |

LEGENDE : A.I. = arts-initiatief

P.I. = patient-initiatief

G.P. = gebruikelijke praktijkvoering = betreft de gegevens die vooraf bekend waren en niet ontdekt werden door de funktiemethode.

F. = Funktiemethode = gegevens ontdekt door de funktiemethode.

Gezien de gegevens in tabel 10 weergegeven worden onder hun puntenwaarde (volgens ernst en al of niet behandeld) kunnen de resultaten onmiddellijk afgelezen worden.

In de groep waarbij de patiënt reeds in contact stond met zijn huisarts (P.I.) behaalt de gebruikelijke werkwijze van de huisarts een hogere waarde dan in de andere groep (A.I.): 49 legende 38. Omgekeerd is het belang van de funktiemethode kleiner in de eerste groep (P.I.). Om het belang van de twee methodes in beide groepen (A.I. en P.I.) te vergelijken, wordt in de volgende tabel nagegaan welk percentage der punten behaald werd door elk der methodes binnen iedere groep en worden deze percentages vergeleken met deze van de totale populatie.

TABEL 11: Procentuele berekening van de puntenwaarden, die door de funktiemethode en het P.G.O. in de beide populaties Arts-initiatief (A.I.) en Patiënt-initiatief (P.I.) behaald werden.

|                         | totale populatie<br>100% = 87 p. +<br>354 = 441 p. | groep P.I.<br>100% = 49 p. +<br>163 = 212 p. | Groep A.I.<br>100% = 38 p.+<br>191 = 229 p. |
|-------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| funktie-<br>methode     | (354 p.) 80%                                       | (163 p.) 76%                                 | (191 p.) 83%                                |
| gebruikel.<br>werkwijze | (87 p.) 20%                                        | (49 p.) 24%                                  | (38 p.) 17%                                 |

Hieruit blijkt dat het belang van de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke methode niet veel verschilt naargelang het de groep A.I. of P.I. betreft.

Namelijk bij de totale populatie waar 441 punten genoteerd worden, worden deze voor 80% door de funktiemethode behaald. In de groep P.I. is dit 76% en in groep A.I. 83%. Hieruit kan besloten worden, dat alhoewel het belang van de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts niet duidelijk verschilt in beide groepen, dit toch iets groter schijnt naargelang de patiënt sinds langer geen contact meer heeft opgenomen met de huisarts.

Wat de gebruikelijke werkwijze betreft zou gesteld kunnen worden, dat hoe langer de patiënt niet meer door de arts gezien werd, hoe zinvoller het wordt de funktiemethode toe te passen.

#### B. FUNKTIEMETHODE - P.G.O.

Het is duidelijk dat laatste geformuleerde stelling de facto opgaat voor het P.G.O. Bij de algemene vergelijking funktiemethode - P.G.O. bleek het P.G.O. inderdaad een hogere opbrengst te hebben dan de funktiemethode (nl. 59 punten).

Zoals bij de vergelijking met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts het geval was, stelt zich ook hier de vraag of het belang van de funktiemethode ten opzichte van het P.G.O. hetzelfde is in beide populatiegroepen (A.I. en P.I.) waarbij de ene groep door de arts benaderd werd (A.I.), terwijl in de andere groep de patiënt reeds contact opgenomen had met zijn huisarts (P.I.).

Bij het P.G.O. dat georganiseerd verloopt is het altijd de arts die het initiatief neemt om de patiënt te onderzoeken. Een vergelijking tussen P.G.O. en funktiemethode zal bijgevolg beter tot zijn recht komen wanneer we alleen de groep bejaarden viseren die in het onderzoek betrokken werden op arts-initiatief (A.I.).

TABEL 12 : Overzicht in funktie van de graad van invaliditeit van de puntenwaarde die in de groepen A.I. en P.I. behaald worden door het P.G.O. op de funktiemethode en omgekeerd.

TABEL 12.

|          | GRAAD I |        | GRAAD II |   | GRAAD III |   | GRAAD IV |   | GRAAD V |   | GRAAD VI |   | TOTAAL |    |
|----------|---------|--------|----------|---|-----------|---|----------|---|---------|---|----------|---|--------|----|
|          | PGO     | FUNKT. | P        | F | P         | F | P        | F | P       | F | P        | F | P      | F  |
| A.I.     | 1       | 0      | 0        | 0 | 1         | 0 | 13       | 0 | 14      | 0 | 31       | 0 | 60     | 0  |
| P.I.     | 0       | 0      | 1        | 0 | 1         | 4 | 2        | 4 | 4       | 4 | 4        | 1 | 12     | 13 |
| tot pop. | 1       | 0      | 1        | 0 | 2         | 4 | 15       | 4 | 18      | 4 | 35       | 1 | 72     | 13 |

LEGENDE :

Graad I-II enz. = graad van funktiebeperking.

P = P.G.O. = puntenwaarde der gegevens die alleen door het

P.G.O. ontdekt werden en vooraf niet bekend waren.

F= Functiemethode = puntenwaarde der gegevens die alleen door de funktiemethode ontdekt worden en vooraf niet bekend waren (sociale factoren).

A.I. = de groep der patiënten die op het initiatief van de huisarts in het onderzoek betrokken werden. (arts-initiatief)

P.I. = de groep der patiënten, die op het ogenblik van het onderzoek reeds kontakt hadden opgenomen met hun huisarts.

Het gaat hier zoãls bij de algemene vergelijking tussen P.G.O. en funktiemethode gezegd werd, alleen over nieuwe gegevens die uitsluitend door P.G.O. werden ontdekt en idem voor wat de funktiemethode betreft.

Van de 72 punten die het P.G.O. in het totaal behaalde op de funktiemethode worden 60 punten verzameld in de groep A.I. (arts-initiatief) = dit is 83% der punten door het P.G.O. behaald.

Anderzijds worden alle punten (13) die de funktiemethode behaalt, teruggevonden in de groep P.I. (patiënt-initiatief).

Een procentuele vergelijking binnen iedere groep (A.I. en P.I.) van het behaalde aandeel door de beide methodes wordt in tabel 13 weergegeven.

TABEL 13. Procentuele berekening van de puntenwaarde die door het P.G.O. en de funktiemethode behaald werden in de groepen arts-initiatief (A.I.) en patiënten-initiatief (P.I.).

|                     | Totale populatie<br>100% = 72 +13<br>= 85 p. | Groep A.I.<br>100% = 60<br>= 60 p. | Groep P.I.<br>100% = 12 +13<br>= 25 p. |
|---------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| P.G.O.              | (72 p) 84,7 %                                | (60 p) 100 %                       | ( 12 p 48 %                            |
| Funktie-<br>methode | (13 p) 15,3 %                                | (0 p) 0 %                          | ( 13 p) 52 %                           |

Uit deze tabel blijkt dat het belang van de funktiemethode in de groep P.I. ongeveer even groot is als van het P.G.O. Anderzijds wordt P.G.O. in de groep A.I. door de funktiemethode niet bedreigd.

BESLUIT : De puntenwaarde die het P.G.O. behaalt op de funktiemethode is praktisch uitsluitend terug te vinden in de groep bejaarden die op arts-initiatief in het onderzoek betrokken waren.

Bij de patiënten die reeds contact hadden met hun huisarts is er geen verschil tussen de waarde van het P.G.O. of van funktiemethode.

§ 2. Het belang van de verschillende onderzoeksmethodes in functie van de woonsituatie. (open maatschappij of bejaardentehuis).

Een andere parameter bij de selectie van de onderzochte populatie was hun woonsituatie.

De helft van de bestudeerde groep der bejaarden verbleef in het bejaardentehuis, de andere helft in wat we zouden kunnen noemen de "open maatschappij".

De hulp die aan deze woonsituatie al of niet verbonden is heeft wel degelijk zijn invloed gehad bij de beoordeling van de graad van funktiebeperking. ( cfr. Hoofdstuk II § 1 B.).

Het blijft evenwel de vraag of deze verschillende woonsituaties ook het belang van de funktiemethode, ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts, en ten opzichte van het P.G.O., beïnvloedt?

A. De vergelijking tussen funktiemethode en gebruikelijke werkwijze van de huisarts, rekening gehouden met de woon-en leefsituatie.

TABEL 14.

|                    | GRAAD I |   | GRAAD II |    | GRAAD III |    | GRAAD IV |     | GRAAD V |     | GRAAD VI |    | TOTAAL |     |
|--------------------|---------|---|----------|----|-----------|----|----------|-----|---------|-----|----------|----|--------|-----|
|                    | GP      | F | GP       | F  | GP        | F  | GP       | F   | GP      | F   | GP       | F  | GP     | F   |
| open<br>maatsch.   | 0       | 0 | 1        | 0  | 3         | 4  | 0        | 18  | 14      | 44  | 48       | 20 | 66     | 86  |
| bejaard.<br>tehuis | 0       | 3 | 5        | 16 | 7         | 79 | 6        | 85  | 3       | 78  | 0        | 7  | 21     | 268 |
| tot. pop.          | 0       | 3 | 6        | 16 | 10        | 83 | 6        | 103 | 17      | 122 | 48       | 27 | 87     | 354 |

Overzicht van de puntenwaarde behaald door de funktiemethode en de gebruikelijke praktijkvoering in het bejaardentehuis enerzijds en de open maatschappij anderzijds.

LEGENDE : Graad I II enz. = graad van funktiebeperking of invaliditeit.

GP = gebruikelijke praktijkvoering = bekende gegevens die niet door de funktiemethode erkend werden.

F = funktiemethode = nieuwe gegevens door de funktiemethode ontdekt.

Door de berekening volgens het puntenstelsel wordt hier de rekening gehouden met de ernst en met het feit of de ontdekte gegevens al of niet behandeld worden.

Opmerkelijk is de verschuiving van het belang der funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts, naar de groep bejaarden in het bejaardentehuis. In de open praktijk zou het toepassen van de funktiemethode slechts 20 punten opleveren (86 - 66) ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze.

In het bejaardentehuis echter 247 punten (268 - 21).

Het aandeel van beide werkwijzen wordt nog meer geaccentueerd in de volgende tabel.

TABEL 15 : de waarde van de funktiemethode t.o.z. van de gebruikelijke werkwijze, procentueel berekend op basis van de puntenwaarde in funktie van de groep in het bejaardentehuis en in de open maatschappij.

|                     | Totale populatie<br>441 p = 100 % | Open maatschappij<br>152 p = 100 % | Bej. teh.<br>289 p = 100 % |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Funktie-<br>methode | (354 p) 80 %                      | (86 p) 56,5 %                      | (286 p) 99 %               |
| Gebruik.<br>werkw.  | (87 p) 20 %                       | (66 p) 53,5 %                      | (21 p) 7,5 %               |

Waar bij het overschouwen van de totale populatie 80 % der punten opgeleverd werden door de funktiemethode en slechts 20 % door de gebruikelijke werkwijze, leek het toepassen van de funktiemethode zeer efficiënt, namelijk een winst van 60 %.

Doch bij de analyse volgens de woon- en leefsituatie blijkt dat deze winst van de funktiemethode gereduceerd wordt tot 3 % (56,5 - 53,5) wanneer het patiënten betreft die in de open maatschappij leven en aangroeit tot 85,4 % wanneer het bejaarden betreft in het bejaardentehuis.

Deze verschuiving is te meer belangrijk, omdat de patiënten in de open praktijk veel representatiever zijn bij de vergelijking van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts dan deze uit het bejaardentehuis.

Het rendabiliteitscijfer van 3 % in het voordeel van de funktiemethode is echter ook terug te vinden bij andere preventieve onderzoeksmethodes (cfr. Van Zonneveld). Wat echter buitenmate hoog lijkt, is de 85,4 % in het bejaardentehuis.

Vermoedelijk is hier een andere werkwijze van de huisarts verantwoordelijk voor. Vele bejaarden komen inderdaad met hun klachten niet direct bij de huisarts terecht. In het bejaardentehuis wordt een groot deel van het klachtenpatroon verwerkt door hulp- en verplegend personeel.

Anderzijds is de werkwijze van de huisarts wel degelijk verschillend, daar deze enerzijds niet zoals in de open praktijk voortdurend met de bejaarde geconfronteerd wordt (enkele georganiseerde spreekuren) en anderzijds impliciet veronderstelt, dat wat hij voorschrijft en aan raadgevingen meegeeft, uitgevoerd en gecontroleerd wordt door het verzorgend personeel.

Hoe dan ook uit bovenstaande cijfers blijkt, dat om één of andere reden de bejaarde in de open maatschappij er beter uitkomt met een huisarts dan deze in het bejaardentehuis. Anderzijds onderlijnen zij het belang van het preventief onderzoek in het bejaardentehuis.

B. De vergelijking tussen funktiemethode en P.G.O. rekening houdend met woon- en leefsituatie.

TABEL 16 :

|                  | GRAAD I |   | GRAAD II |   | GRAAD III |   | GRAAD IV |   | GRAAD V |   | GRAAD VI |   | TOTAAL |    |
|------------------|---------|---|----------|---|-----------|---|----------|---|---------|---|----------|---|--------|----|
|                  | P       | F | P        | F | P         | F | P        | F | P       | F | P        | F | P      | F  |
| Open maatsch.    | 0       | 0 | 0        | 0 | 0         | 4 | 0        | 4 | 5       | 4 | 34       | 1 | 39     | 13 |
| Bejaard. tehuis  | 1       | 0 | 1        | 0 | 2         | 0 | 15       | 0 | 13      | 0 | 1        | 0 | 33     | 0  |
| Totale populatie | 1       | 0 | 1        | 0 | 2         | 4 | 15       | 4 | 18      | 4 | 35       | 1 | 72     | 13 |

Overzicht van de puntenwaarden die door het P.G.O. op de funktiemethode behaald worden volgens de graad van invaliditeit in de beide groepen naar woonsituatie (bejaardentehuis en open maatschappij).

LEGENDE : graad I II III enz. = graad van funktiebeperking of invaliditeit.

P = P.G.O. = puntenwaarde der gegevens die alleen door het P.G.O. ontdekt werden en vooraf niet bekend waren.

F = Funktiemethode = puntenwaarde der gegevens die alleen door de funktiemethode ontdekt worden en vooraf niet bekend waren. (sociale factoren).

Opmerkèlijk is de geringe verschuiving van het belang van de beide methodes ten opzichte van elkaar volgens de geselecteerde groepen, alhoewel het P.G.O. evenwel de meeste punten behaalt in de open maatschappij. Daarentegen staat echter dat alle punten door de funktiemethode eveneens behaald worden in deze groep. Bij vergelijking boekt het P.G.O. op het funktieonderzoek de grootste winst in het bejaardentehuis. Deze winst bedraagt namelijk in de open praktijk 26 punten (39 - 13) en in het bejaardentehuis 33 punten.

TABEL 17. Aandeel der beide methodes volgens de bevolkingsgroepen procentueel berekend op basis van hun puntenwaarden.

|                 | Totale populatie<br>100 % = 72 + 13<br>= 85 p. | Open maatsch.<br>100% = 39 + 13<br>= 52 p. | Bej. teh.<br>100% = 33 + 0<br>= 33 p. |
|-----------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| Funktie methode | 15,3 %                                         | 25 %                                       | 0 %                                   |
| P.G.O.          | 84,7 %                                         | 75 %                                       | 100 %                                 |

Hieruit blijkt nog duidelijker dat het P.G.O. zijn voor-  
sprong op de funktiemethode vergroot in het bejaarden -  
tehuis en verkleint in de open maatschappij, vergeleken  
met de cijfers betreffende de totale populatie.  
Hierdoor zou men geneigd kunnen zijn te besluiten dat in  
aansluiting met wat onder § 2 A besproken werd de populatie  
uit het bejaardentehuis zich gedraagt als bejaarden die  
sinds geruime tijd geen contact meer hebben opgenomen met  
hun huisarts. (groep A I = artsinitiatief § 1 A+B).

§ 3. Het belang van de verschillende onderzoeksmethoden in functie van de graad van funktiebeperking of hulpbehoevendheid.

Bij de opzet van het onderzoek werd geformuleerd hoe het de bedoeling was een methode uit te testen die niet alleen vlug en exact aan het licht brengt wat bij de bejaarde aan ziekmakende factoren aanwezig is, maar tevens ook aangeeft wat eerst behandeld moet worden, wat nog kan wachten of wat niet behandeld moet worden.

Als uitgangspunt stelden we in onze methode : de indeling in verschillende graden van funktiebeperking, invaliditeit of hulpbehoevendheid.

In de volgende beschouwingen wordt nagegaan of het belang van de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze enerzijds en het P.G.O. anderzijds, verschillend is volgens deze graad van invaliditeit?

A. Het belang van de funktiemethode vergeleken met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts.

TABEL 18 : Indeling van de puntenwaarden behaald door beide methodes volgens de graad van funktiebeperking.

|           | GP | F   | als GP + F = 100 % |
|-----------|----|-----|--------------------|
|           | 0  | 3   | 3                  |
| GRAAD II  | 6  | 16  | 22                 |
| GRAAD III | 10 | 83  | 93                 |
| GRAAD IV  | 6  | 103 | 109                |
| GRAAD V   | 17 | 122 | 139                |
| GRAAD VI  | 48 | 27  | 75                 |
| TOTAAL    | 87 | 354 | 441                |

TABEL 19 : Het belang van de beide methodes procentueel berekend op basis van de toegekende puntenwaarde per graad van funktiebeperking.

|           | GP     | F      | Vershil F - GP |
|-----------|--------|--------|----------------|
| GRAAD I   | 0 %    | 100 %  | + 100 %        |
| GRAAD II  | 27,3 % | 72,7 % | + 45,4 %       |
| GRAAD III | 10,7 % | 89,3 % | + 78,6 %       |
| GRAAD IV  | 5,5 %  | 94,5 % | + 89 %         |
| GRAAD V   | 12,2 % | 87,8 % | + 75,6 %       |
| GRAAD VI  | 64 %   | 56 %   | - 8 %          |
| TOTAAL    | 20 %   | 87 %   | + 67 %         |

LEGENDE : GP = gebruikelijke praktijkvoering = puntenwaarde der gegevens die vooraf bekend waren en niet door de funktiemethode ontdekt werden.

F = funktiemethode = puntenwaarde der nieuwe gegevens door de funktiemethode ontdekt.

Uit bovenstaande tabellen blijkt een verschil te bestaan tussen graad VI en de overige groepen (V-IV-III-II-I). Het belang van de funktiemethode ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze blijkt toe te nemen van groep V tot I, met uitzondering van groep II, waar de winst van de funktiemethode het laagst is (45,4 %). In groep VI wint de gebruikelijke werkwijze het van de funktiemethode. M.a.w., bij volledig valide bejaarden is de waarde der nieuwe gegevens door de funktiemethode ontdekt en die bij de gebruikelijke werkwijze reeds bekend waren. Hieruit volgt, dat de funktiemethode volgens onze gegevens in de gebruikelijke praktijkvoering alleen nut zou hebben wanneer de bejaarde patiënt in zijn functie beperkt is. Eenmaal dat de bejaarde niet behoort tot de groep VI lijkt het weinig verschil uit te maken tot welke groep hij behoort (IV-III-II-I-).

B. Het belang van de funktiemethode vergeleken met het P.G.O. volgens de graad van funktiebeperking.

TABEL 20: Het belang van de funktiemethode behaald volgens de graad van invaliditeit.

|           | P  | F  | als P + F = 100 % |
|-----------|----|----|-------------------|
| GRAAD I   | 1  | 0  | 1                 |
| GRAAD II  | 1  | 0  | 1                 |
| GRAAD III | 2  | 4  | 6                 |
| GRAAD IV  | 15 | 4  | 19                |
| GRAAD V   | 18 | 4  | 22                |
| GRAAD VI  | 35 | 1  | 36                |
| TOTAAL    | 72 | 13 | 85                |

TABEL 21: Het belang der beide methodes procentueel uitgedrukt. De procenten zijn berekend per graad van funktiebeperking op basis van de toegekende puntenwaarde (tabel 20).

|           | P      | F      | verschil P - F |
|-----------|--------|--------|----------------|
| GRAAD I   | 100 %  | 0 %    | + 100 %        |
| GRAAD II  | 100 %  | 0 %    | + 100 %        |
| GRAAD III | 33,3 % | 66,7 % | - 32,3 %       |
| GRAAD IV  | 79,9 % | 20,1 % | + 59,8 %       |
| GRAAD V   | 77,9 % | 18,1 % | + 59,8 %       |
| GRAAD VI  | 97,3 % | 2,7 %  | + 94,6 %       |
| TOTAAL    | 84,7 % | 15,3 % | + 69,4 %       |

LEGENDE : P = puntenwaarde der gegevens die alleen door P.G.O. ondekt worden en vooraf niet bekend waren  
 F = puntenwaarde der gegevens die alleen door funktiemethode ondekt worden en vooraf niet bekend waren (sociale factoren).

Bij het lezen van nevenstaande tabellen laten we de graad I en II buiten beschouwing omwille van de beperktheid der geregistreerde gegevens. Het gaat hier samen om 2 punten, dit zijn twee bevindingen die niet behandeld werden en die in indirect verband staan met de graad van funktiebeperking, maar die evenwel alleen door het P.G.O. ontdekt worden. De percentages in tabel 21 namelijk 100 % voor graad I en II dekken niet de waarde die men er bij de eerste blik aan zou hechten.

Wanneer we uitsluitend graad III-IV-V en VI beschouwen dan zijn twee opvallende punten te vermelden.

Het belang van het P.G.O. in de graden V en IV is kleiner dan het belang dat het P.G.O. haalde in de vergelijking met betrekking op de totale onderzochte populatie, namelijk 59,8% tegenover 84,7%. Voor graad III wordt het belang van het P.G.O. kleiner dan dat van de funktiemethode.

Doch zoals gezegd voor graad II en I gaat het ook hier om een klein aantal gegevens (slechts 6 punten in totaal voor graad III).

Om uiteindelijk besluiten te kunnen trekken nopens het nuttig en verantwoord toepassen van één van beide methodes is het nodig de winst van het P.G.O. nader te onderzoeken. In de detailbespreking (hoofdstuk IV) worden deze puntenwaarden onderzocht naar de aard der gegevens, alsmede wordt gepoogd een verklaring te vinden waarom deze gegevens niet door de funktiemethode werden geregistreerd.

In de vergelijkingen die in de vorige hoofdstukken van deel gemaakt worden, tussen de funktie-methode enerzijds en de gebruikelijke werkwijze van de huisarts en het P.G.O. ander wordt niet verder ingegaan op de aard der vernoemde gegevens. Het puntenstelsel dat toegepast wordt laat wel toe rekening houden met de ernst der gegevens (d.w.z.: hun verband met de funktiebeperking van de patient) als met het feit of deze gegevens behandeld worden.

De nadere verklaring van bepaalde puntenwaarden die in deel hoofdstuk I tot III genoteerd worden, zullen we proberen te zoeken in de verdere analyse der gegevens naar hun aard. Op deze wijze hopen we eveneens een antwoord te vinden op de vraag waarom de funktiemethode bepaalde gegevens niet heeft ontdekt en waarom wij er andere gegevens uitsluitend door de funktiemethode ontdekt worden.

§ 1. Algemeen overzicht van gegevens die door de funktiemethode ontdekt worden.

Tabel 22: Overzicht van het aantal gegevens door de funktie geregistreerd in funktie van de graad van invaliditeit rekening houdend met hun verband met deze graad van invaliditeit, en met het feit of ze al of niet behandeld worden.

|           | Gegevens in rechtstreeks verband met de funktiebeperking |             |                      | Gegevens in onrechtstreeks verband met de funktiebeperking |    |       | Gegevens in geen verband met de funktiebeperking |    |       |   |    |
|-----------|----------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------------------------------------------------------|----|-------|--------------------------------------------------|----|-------|---|----|
|           | Vooraf bekend                                            |             | Nieuw                | Vooraf bekend                                              |    | Nieuw | Vooraf bekend                                    |    | Nieuw |   |    |
|           | Be-hand                                                  | Niet behand | Be-Niet hand. behand | B                                                          | NB | B     | NB                                               | B  | NB    |   |    |
| Graad I   | 4                                                        | 2           | 0                    | 1                                                          | 0  | 0     | 0                                                | 0  | 0     |   |    |
| Graad II  | 4                                                        | 1           | 3                    | 1                                                          | 0  | 1     | 0                                                | 0  | 0     |   |    |
| Graad III | 22                                                       | 4           | 16                   | 5                                                          | 1  | 2     | 1                                                | 1  | 0     |   |    |
| Graad IV  | 19                                                       | 5           | 18                   | 8                                                          | 0  | 1     | 0                                                | 1  | 0     |   |    |
| Graad V   | 22                                                       | 3           | 24                   | 2                                                          | 5  | 2     | 4                                                | 1  | 1     |   |    |
| Graad VI  | 2                                                        | 3           | 1                    | 2                                                          | 8  | 2     | 6                                                | 0  | 0     |   |    |
| TOTAAL    | 73                                                       | 18          | 62                   | 19                                                         | 14 | 8     | 11                                               | 19 | 3     | 1 | 12 |
|           | 91                                                       |             | 81                   |                                                            | 22 |       | 30                                               |    | 7     |   | 13 |
|           | 172                                                      |             |                      |                                                            |    |       | 52                                               |    |       |   | 20 |

In het totaal worden door de funktiemethode  $172 + 52 + 20 = 244$  gegevens geregistreerd. Van deze worden 164 behandeld (67 %). De overgrote meerderheid der geregistreeerde gegevens zijn belangrijk doordat ze in direkt of indirekt verband staan met de graad van funktiebeperking. Slechts 8 % (20 op 244) staat niet in verband met de graad van funktiebeperking. Nevenstaande tabel geeft aan over welke gegevens het gaat.

LEGENDE bij tabel 23 :

Om tot een overzichtelijke tabel te komen werden de gegevens niet afzonderlijk weergegeven. Er werden groepen van diagnosen en/of symptomen gesteld, die een zekere beoordeling toelaten. Een opsomming per diagnose en/of symptoom geeft gezien de beperkte omvang van de bestudeerde populatie geen richtinggevende waarden. Een gedetailleerde analyse van deze gegevens is terug te vinden in Bijlage VI.

Uit nevenstaande tabellen kan men zich een idee vormen over de soort van gegevens die aan de funktiemethode ontsnappen. De vergelijking van de totalen en de extreem linkse en rechte kolommen geeft ons het aantal gemiste gevallen.

Een deel der gegevens die niet door de funktiemethode ontdekt werden, waren echter reeds vooraf bekend, terwijl een ander deel ontdekt werden door het P.G.O.

Voor de uiteindelijke beoordeling van de uitgeteste methode is de verdere analyse van deze "gemiste" gegevens belangrijk.

Tabel 23: Overzicht der gegevens door de funktiemethode erkend.

| Totaal geregi-<br>streerde<br>gegevens<br>functie-<br>methode +<br>P.G.O. | Aard der voornaamste<br>bevindingen, inge-<br>deeld naar orde van<br>hun frekwentie | Gegevens in<br>rechtstreeks<br>verband met<br>graad van<br>functiebeperk. |               | Gegevens in<br>onrechtstreeks<br>verband met<br>graad van<br>functiebeperk. |                | Gegevens zonder<br>verband met<br>graad van<br>functiebeperk. |                | Totaal<br>der ge-<br>gevens<br>door<br>funkt<br>metho<br>opge-<br>meten |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           |                                                                                     | Vooraf<br>bekend<br>(a)                                                   | nieuw<br>(an) | Vooraf<br>bekend<br>(bA)                                                    | nieuw<br>(bAn) | Vooraf<br>bekend<br>(cA)                                      | nieuw<br>(cAn) |                                                                         |
| 64                                                                        | Arteriosclerose                                                                     | 11                                                                        | 15            | 4                                                                           | 8              | 0                                                             | 0              | 38                                                                      |
| 46                                                                        | Decomp. cordis                                                                      | 15                                                                        | 1             | 3                                                                           | 1              | 0                                                             | 0              | 40                                                                      |
| 42                                                                        | Arthrosis deformans<br>+ rheumatoide artritis                                       | 23                                                                        | 9             | 1                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 33                                                                      |
| 30                                                                        | Hypertensie                                                                         | 6                                                                         | 6             | 3                                                                           | 4              | 0                                                             | 0              | 19                                                                      |
| 53                                                                        | Varicosis                                                                           | 4                                                                         | 5             | 4                                                                           | 5              | 0                                                             | 0              | 18                                                                      |
| 23                                                                        | Adipositas                                                                          | 0                                                                         | 8             | 3                                                                           | 7              | 0                                                             | 0              | 18                                                                      |
| 13                                                                        | CARA en andere resp.<br>aandoeningen                                                | 9                                                                         | 2             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 11                                                                      |
| 19                                                                        | Aandoeningen van de<br>wervelkolom                                                  | 2                                                                         | 3             | 0                                                                           | 2              | 1                                                             | 1              | 9                                                                       |
| 14                                                                        | Psychosomatosen                                                                     | 2                                                                         | 3             | 2                                                                           | 2              | 0                                                             | 0              | 9                                                                       |
| 7                                                                         | Senile dementis                                                                     | 1                                                                         | 4             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 5                                                                       |
| 6                                                                         | Andere aandoeningen<br>van bewegingsstelsel                                         | 4                                                                         | 1             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 5                                                                       |
| 6                                                                         | Morbus Parkinson                                                                    | 1                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 4                                                                       |
| 30                                                                        | Doofheid                                                                            | 0                                                                         | 0             | 1                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 1                                                                       |
| 16                                                                        | Overige aandoeningen<br>zintuigen + zenuw-<br>stelsel                               | 2                                                                         | 0             | 1                                                                           | 0              | 0                                                             | 1              | 4                                                                       |
| 4                                                                         | Sociale omstandigheden                                                              | 1                                                                         | 2             | 0                                                                           | 1              | 0                                                             | 0              | 4                                                                       |
| 5                                                                         | Anaemie                                                                             | 1                                                                         | 1             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 2                                                                       |
| 4                                                                         | Morbus Ménière                                                                      | 1                                                                         | 1             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 2                                                                       |
| 3                                                                         | Cataract                                                                            | 2                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 2                                                                       |
| 18                                                                        | Restgroep                                                                           | 2                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 1                                                             | 1              | 4                                                                       |
| 6                                                                         | Overige aandoeningen<br>urogenitaal stelsel                                         | 1                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 1                                                             | 0              | 2                                                                       |
| 5                                                                         | Overige metabole af-<br>wijkingen (incl.<br>diabetes)                               | 0                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 0                                                                       |
| 14                                                                        | Prostaathypertrofie                                                                 | 0                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 0                                                                       |
| 4                                                                         | Herniae v. buikwand                                                                 | 0                                                                         | 0             | 0                                                                           | 0              | 0                                                             | 0              | 0                                                                       |

') voor detaillering zie bijlage VI.

§ 2. Analyse der gegevens die door de funktiemethode niet werden ontdekt en vooraf bekend waren.

Tabel 6. (zie vroeger) geeft het aantal vooraf bekende gegevens weer die niet door de funktiemethode ontdekt werden per graad van functiebeperking.

Er wordt eveneens aangeduid of deze gegevens al of niet behandeld worden.

In deel II Hfdst. II, § 2 A, werden deze cijfers besproken. Een nadere verklaring waarom deze gegevens niet door de funktiemethode geregistreerd werden, is te vinden in tabel 24 die een opsomming weergeeft van de aard van deze gegevens.

Tabel 24.: Overzicht van de gegevens die vooraf bekend waren en niet door de funktiemethode ontdekt werden.

Totaal aantal bevindingen = 55

- 2 adipositas, op 23
- 2 endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten, op 5
- 2 anaemie, op 5
- 1 psychische stoornissen, op 16
- 1 ziekten van het zenuwstelsel, op 6
- 1 ziekten van het oog (cataract), op 93
- 2 Morbus Menière, op 4
- 4 ziekten van het oor (doofheid - cerumen), op 30
- 4 decompensatio cordis, op 46
- 6 hypertensie, op 30
- 13 arteriosclerose, op 64
- 2 vaatziekten, op 53
- 1 aandoeningen van de tractus respiratorius, op 13
- 2 aandoeningen van de tractus digestivus (excl. herniae), op 16
- 1 prostaathypertrofie, op 14
- 1 aandoeningen van de tractus urogenitalis, op 6
- 6 arthrosis deformans + rheumatoide arthritis, op 42
- 3 aandoeningen van de wervelkolom, op 19
- 1 overige aandoeningen van het bewegingsapparaat, op 6

Waarom werden deze factoren niet onderkend met de funktiemethode?

Met andere woorden waarom hebben deze factoren het gedragspatroon niet gestoord, zodat ze bij het opmeten van de functie niet aan het licht kwamen?

Een verklaring is ons inziens het goede effect van de behandeling die door de huisarts was ingesteld. Op deze wijze gezien, zouden we kunnen zeggen dat omwille van het feit dat de huisarts zijn bejaarden goed in handen heeft en ze ook adequaat behandeld, een deel van de ziekmakende factoren teruggedrongen wordt van onderhoudend, naar bedreigend ziekmakende factoren.

Anderzijds dient hieruit de conclusie getrokken te worden dat indirect bedreigende factoren niet door het opmeten van de functie herkend worden als ze niet een zekere ernstigheidsgraad bereikt hebben.

In uiterste konsekwentie zou men kunnen zeggen dat in de praktijkvoering als dusdanig het van weinig of geen belang is een methode te gebruiken die opnieuw gaat opsporen wat men al lang weet en waarvoor reeds maatregelen werden getroffen.

### § 3. Analyse der gegevens die uitsluitend door het P.G.O. ontdekt worden en vooraf niet bekend waren.

In deel II Hfdst. II, § 2 B werd het belang van deze gegevens aangetoond, bij de beoordeling van de funktiemethode ten opzichte van het P.G.O.

Tabel 9 geeft de puntenwaarde aan van deze gegevens, n.l.: 72 aan het P.G.O., terwijl de uiteindelijke vergelijking met 59 punten in het voordeel van het P.G.O. uitvalt.

Tabel 23 (Deel II hfdst. IV § 1) geeft een overzicht van de factoren die door de funktiemethode niet ontdekt worden.

Een nader onderzoek van de aard der ontdekte gegevens, rekening houdend met het feit of ze al of niet behandeld worden, zal ons een beter inzicht geven van het belang dat het P.G.O. ten opzichte van de funktiemethode bezit en omgekeerd.

Van de 50 geregistreeerde gegevens die vooraf niet bekend waren en alleen door het P.G.O. geregistreerd werden, worden er slechts 22 behandeld. Alleen deze 22 bevindingen worden verder bestudeerd, omdat we niet als een reële aanwinst voelen, belemmerende factoren te ontdekken waar geen maatregel voor genomen kan worden.

Merkwaardig is dat deze bevindingen zeer ongelijk verdeeld zijn ten opzichte van de graad van functiebeperking.

Cfr. Tabel 9.

- voor graad I, II en III komen ze niet voor,
- in graad VI zijn ze van groot belang, namelijk hier bevindt zich de helft van deze factoren.
- de graden IV en V verdelen de overige 50% praktisch gelijk onder elkaar (6 voor graad IV 5 voor graad V) doch hier is de aanbreng van h P.G.O. veel geringer.

De 22 bevindingen zijn dus voor:

0 % verdeeld in graad I  
 0 % verdeeld in graad II  
 0 % verdeeld in graad III  
 25 % verdeeld in graad IV  
 25 % verdeeld in graad V  
 50 % verdeeld in graad VI

De aanbreng van het P.G.O. beperkt zich in dit geval tot graden IV tot en met VI en wordt pas belangrijk in graad VI. Wanneer we deze gegevens kwalitatief gaan onderzoeken, vinden we het volgende beeld:

Tabel 25: Overzicht van de gegevens die vooraf niet bekend waren, uitsluitend door het P.G.O. ontdekt werden en die gevolgd werden door een behandeling

|   |                                         |                            |
|---|-----------------------------------------|----------------------------|
| 5 | gevallen van hypertensie                |                            |
| 4 | "                                       | " atherosclerosis          |
| 3 | "                                       | " adipositas               |
|   |                                         | ----- = 12                 |
| 1 | geval van arterioveneuze insufficiëntie |                            |
| 1 | "                                       | " ferriprieve anaemie      |
| 1 | "                                       | " manisch gedrag en stress |
| 1 | "                                       | " diabetes mellitus        |
| 1 | "                                       | " rheumatoide artritis     |
| 1 | "                                       | " hepatomegalie            |
| 1 | "                                       | " prostaathypertrofie      |
| 1 | "                                       | " perceptiedoofheid        |
| 1 | "                                       | " neurasthenie             |
| 1 | "                                       | " prolapsus uteri          |
|   |                                         | ----- = 10                 |

Meer dan de helft der bevindingen zijn gevallen van hypertensie, artherosclerosis en adipositas, m.a.w. aandoeningen die in hoofdzaak hun weerslag krijgen op het cardiovasculaire stelsel en waar de preventie eigenlijk te laat komt. De preventie zal hier uitsluitend bestaan in het voorkomen van verergeren (secundaire preventie).

In de tweede groep (minder dan de helft) zijn er twee aandoeningen die in de aanvangsfase alleen fysiochemisch bepaald kunnen worden:

1. diabetes mellites
2. ferriprievae anaemie

Twee van psychische aard:

1. manisch gedrag en stress
2. neurasthenie

Vier gevallen waarvoor moeilijk een gericht onderzoek aangegeven worden kan (rheumatoide arthritis, prostaat-hypertrofie, perceptiedoofheid en prolapsus uteri). De hepatomegalie en de arterioveneuze insufficiëntie zouden door een cardiovasculair onderzoek ook aan het licht komen.

Wat kan hieruit geconcludeerd worden?

In onze studie waar wij de functie opgemeten hebben, lijkt het P.G.O. overbodig voor  $\pm 25\%$  der gevallen (23 op 97) namelijk de klassen graad I, II en III.

In  $\pm 75\%$  der gevallen (72 op 97) heeft het P.G.O. een inbreng gebracht.

Deze inbreng van het P.G.O. komt:

- voor 50% terecht in de groep graad VI
- voor 25% in de groep graad IV
- voor 25% in de groep graad V

Wanneer we in plaats van het P.G.O. een gericht cardiovasculair onderzoek hadden uitgevoerd (tensie, cor, lever, milt, bloedvaten) dan werden bovenvermelde cijfers gehalveerd. Wordt hierbij een beperkt fysiochemisch onderzoek uitgevoerd dan blijven nog 6 bevindingen over die niet zouden ontdekt worden.

Met andere woorden, een preventief onderzoek gericht op enkele afwijkingen in de klassen graad IV en V zou volstaan hebben en een preventief onderzoek gericht op meerdere afwijkingen (multiple screening) zou ook in de klasse VI voldaan hebben.

Bij de uiteindelijke beoordeling funktiemethode - P.G.O., moet echter ook rekening gehouden worden met de tijdsbelasting en de uitvoerbaarheid der methodes (zie verder).

§ 4. Gegevens die uitsluitend door de funktiemethode  
ontdekt worden en vooraf niet bekend waren.

In deel II hfdst II, § 2 B, werd reeds vermeld hoe de funktiemethode aanleiding kon geven tot het ontdekken van gegevens die aan het P.G.O. ontsnappen.

Dit is met name het geval voor sociale omstandigheden (leef- en woonsituatie).

Een P.G.O. vertrekt van een systeem-anamnese gevolgd door klinisch onderzoek, al of niet aangevuld met fysic chemische bepalingen. Het is begrijpelijk dat factoren zich buiten de patient afspelen daardoor gemist kunnen worden.

De funktiemethode daarentegen vertrekt van het gedragspatroon, het funktioneren, en registreert als dusdanig alle factoren die dat funktioneren belemmeren of verhinderen.

Tijdens het onderzoek werden 4 dergelijke factoren gergistreeerd:

- 3 maal een onaangepaste woning
- 1 maal een onaangepaste buurt.

Deze factoren werden voor het eerst genoteerd (nieuwe gegevens) en stonden in direkt verband met het funktioneren van de patient.

Hierdoor krijgen ze relatief berekend, een belangrijk aandeel bij de beoordeling funktiemethode - P.G.O. (zie ook tabel 23).

Als besluit van dit hoofdstuk, zij vermeld dat iedere groep gegevens verwerkt werd in funktie van het geslacht graad van funktiebepierking, nieuw of vooraf bekend, volgens arts-initiatief en patient-initiatief. Deze tabellen die een nog verdergaande analyse per diagnose toelaten zijn opgenomen in bijlage 6.

Hfdst. I : ALGEMENE UITKOMSTEN EN BESLUITEN BETREFFENDE  
DE TIJDSBELASTING VAN DE UITGETESTE METHODE.

---

§ 1. DE TIJDSBELASTING.

Reeds vroeger is gebleken dat bij de uiteindelijke beoordeelning van de funktiemethode met de gebruikelijke werkwijze van de huisarts of met het P.G.O. de faktor tijd een belangrijke rol zal spelen. Deze gegevens werden reeds geanalyseerd in deel II hoofdstuk I § 1. Hieruit blijkt dat het bepālen van de graad van funktiebeperking samen met de sociale evaluatie in gemiddeld 16 minuten geschiedt op voorwaarde dat de patiënt zich op het spreekuur aanbiedt. Anderzijds is de gemiddelde tijd die aan het P.G.O. besteed werd 47 minuten.

Dit wil zeggen dat we volgens onze techniek er gemiddeld 16 minuten over hebben gedaan om de funktiebeperking vast te stellen samen met de sociale evaluatie. In die tijd zit ook het opsporen van aanknopingspunten voor verder onderzoek, doch anderzijds zijn we nog niet aan veroorzakende faktoren toe binnen deze tijd. Hiervoor dient nog een lichamelijk (+ sociaal) onderzoek uitgevoerd te worden dat gericht wordt door de gevonden aanknopingspunten.

Gezien we achteraf tot een besluit gekomen zijn dat de hetero-anamnese weggelaten kan worden, dient hiervoor geen extra tijd berekend te worden. Tezelfdertijd bleek het achteraf gezien alleen interessant na te vragen: Wat doet U nu? De vragen: zoudt U het kunnen (ja/nee) vervallen. Het zijn juist deze vragen die bij het ondervragen de meeste tijd vergen, daar de bejaarden dit in de meeste gevallen alleen maar na een tijd van nadenken en discussieren kan beantwoorden. Het is niet mogelijk een idee te geven wat het aldus vereenvoudigen van de techniek aan tijdsbesparing met zich mee kan brengen, evenmin als het mogelijk is de tijd te bepalen die nog aan een gericht onderzoek besteed zal worden. In ieder geval blijkt uit onze studie dat de funktiemethode aanzienlijk minder tijdsbelastend is dan het P.G.O. (minder dan 34 %).

Anderzijds mogen we niet uit het oog verliezen dat de huisarts in zijn gewone werkwijze ook steeds een wisselende tijd besteedt aan zijn onderzoek bij bejaarden. Als we nu aannemen dat deze tijd ongeveer in overeenstemming zou liggen met deze die het gericht onderzoek zou vragen, dat volgt op het opmeten van de funktiebeperking, dan zou de supplementaire tijdsbelasting in de huisartsenpraktijk gemiddeld niet hoger liggen dan 16 minuten en hoogst waarschijnlijk gezien de vereenvoudiging van de vragenlijst minder dan de tijd bedragen.

## § 2. ALGEMEEN BESLUIT NOPENS DE AANGEWENDE VRAGENLIJST.

Uit de bespreking betreffende de gebruikte vragenlijst, Deel II uit hoofdstuk I § 2 blijkt dat deze methode wel toelaat de bestudeerde populatie in te delen volgens hun graad van funktiebeperking, doch dat er enkele problemen rijzen. Vooreerst dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de bejaarden in de open maatschappij en deze in het bejaardentehuis.

A. IN DE OPEN MAATSCHAPPIJ bleken een aantal vragen onbruikbaar te zijn omwille van het feit dat het gevraagde systematisch opgevangen werd door de aanwezigheid van een of ander hulpmiddel. Zoals beschreven betreft het hier vooral de vragen 1, 14, 15, 24 en 25. (baden, stoken, kolen scheppen, vloeren dweilen, kleden kloppen).

Het is de vraag of de hulpmiddelen die hiervoor ingeroepen worden niet aangezien mogen worden als gewone attributen van een welvaartsmaatschappij, zodat het niet verrichten van deze handelingen geen beoordeling toelaat over het al dan niet normaal funktioneren.

In deze visie is het evenwel te voorzien dat de situatie verschillend zal zijn in de stad en op het platteland, waar vele van deze gebruikte hulpmiddelen nog geen gewoon goed zijn geworden.

De volgende vragen zouden in een nieuwe "meetlat" als volgt opgevangen kunnen worden :

- baden te vervangen door douchen
- kleden kloppen door stofzuigen

De vragen stoken en kolen scheppen vervallen door de aanwezigheid van centrale verwarming van vaste vloerbedekking. Hier zijn twee oplossingen mogelijk, ofwel deze vragen behouden en de vermelde hulpmiddelen als gewone middelen beschouwen, wat wil zeggen dat indien er b.v. centrale verwarming aanwezig is de bejaarde niet beperkt is in zijn funktioneren t.o.z. van dat punt. Hij wordt dan gekwoteerd alsof hij dit (kolen scheppen) aankan.

Ofwel deze vragen vervangen door nieuwe die een gelijkwaardige inspanning vergen. De moeilijkheid is echter dat deze nieuwe handelingen ook dezelfde noodzakelijkheid moeten dekken als de vorige. Men zou uiteindelijk ook algemeen kunnen nagaan of de patiënt zelf kan instaan voor het

- op gang houden van de verwarming (kolen scheppen -stoken)
- rein houden van de vloer (vloer dweilen) onafhankelijk van de manier waarop hij dit doet.

Uiteindelijk lijkt dit ons de beste oplossing omdat ze rechtstreeks rekening houdt met het al of niet hulpbehoevend zijn van de bejaarde ten opzichte van de noodzakelijke handelingen binnenshuis.

Een ander deel van de vragen leek moeilijkheden op te leveren omdat het gevraagde niet voorkwam. In casu de vragen betreffende het huishouden bij mannen.

Hier is het evenwel zo dat alleen de aanwezigheid van de echtgenote, huishoudelijke hulp of pension het de mannelijke bejaarden mogelijk maakt deze handelingen niet uit te voeren.

Het lijkt ons toe dat deze vragen behouden mogen blijven, doch dat de aanwezigheid van een echtgenote, huishoudelijke hulp of pension als normale gewone middelen beschouwd dienen te worden.

De patiënt dient slechts als hulpbehoevend genoteerd te worden, wanneer hij deze handelingen niet aankan als geen der vernoemde hulpmiddelen aanwezig zou zijn.

**B. IN HET BEJAARDENTEHUIS** ligt de situatie weer anders.

Bij de beoordeling van het al of niet normaal functioneren van de bejaarde zal men terdege rekening moeten houden met het hulpmiddel : "bejaardentehuis".

Dit houdt in dat enkele vragen uit de gebruikte vragenlijst van geen enkel belang zijn. De bejaarde in het bejaardentehuis mag, om nog normaal te functioneren, meer hulpbehoevend zijn dan de bejaarde in de open maatschappij, omdat een zekere hulp (personeel, inrichting en voorzieningen) continu aanwezig is.

Praktisch gezien komt het neer op de vragen betreffende het bereiden van warme maaltijden, die bij het opmeten van het functioneren van bejaarden in het bejaardentehuis gesupprimeerd zouden mogen worden.

## **BESLUIT :**

Volgens het gebruik dat men ervan wil maken werd een nieuwe meetlat uitgewerkt. Deze is verschillend voor de bejaarden in de open maatschappij en voor de bejaarden in het bejaardentehuis. (zie bijlage VII A en VII B).

## Hoofdstuk II. SLOTBESCHOUWINGEN BETREFFENDE DE BRUIK- BAARHEID VAN DE UITGETESTE METHODE, MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN.

---

### § 1. DE FUNKTIEMETHODE EN DE GEBRUIKELIJKE WERKWIJZE VAN DE HUISARTS.

In deel II hfdst. II § 1 werd aangetoond dat de funktiemethode algemeen gezien een belangrijke aanwinst betekende ten opzichte van de gebruikelijke werkwijze van de huisarts. Namelijk 44,3 % der gegevens door de funktiemethode ontdekt waren voor de huisarts onbekend. 78,5 % daarvan stonden in direkt verband met de graad van funktiebeperking en 65 % ervan werden gevolgd door een behandeling.

De algemene puntenwaardering viel dan ook in het voordeel van de funktiemethode uit met 267 punten ( 354 voor de funktiemethode en 87 voor de gebruikelijke werkwijze van de huisarts).

In deel II hfdst. III § 1 werd aangetoond dat het belang van de funktiemethode ten overstaan van de gebruikelijke praktijkvoering groter wordt naarmate het langer geleden is dat de patiënt met zijn huisarts kontakt heeft opgenomen. In deel II hfdst. III § 2 kwam echter een duidelijk verschil aan het licht tussen de bejaarden die in de open maatschappij leven en deze van het bejaardentehuis. Hierdoor werd duidelijk aangegeven dat het belang van de funktiemethode in deze studie vooral tot uiting komt bij de bejaarden uit het bejaardentehuis. Uit de vergelijking tussen funktiemethode en gebruikelijke werkwijze in funktie van de graad van funktiebeperking of invaliditeit (deel II hfdst. III § 3) volgde dat bij volledig valide bejaarden (graad VI) de funktiemethode minder belangrijke gegevens oplevert dan de gebruikelijke werkwijze. Anderzijds dat het belang van de funktiemethode zeer uitgesproken wordt vanaf het ogenblik dat de bejaarde in graad V terecht komt.

De detailbespreking (deel III hfdst. VI § 1) wierp geen nieuw licht op deze vergelijking.

De gegevens die door de gebruikelijke werkwijze bekend waren en niet ontdekt werden door de funktiemethode zijn niet specifiek genoeg om er besluiten uit te trekken.

## BESLUIT:

Het bepalen van de funktiebeperking met daaropvolgende het onderzoek naar de belemmerende factoren, lijkt zinvol in de gebruikelijke bejaardenzorg door de huisarts. Vooral bij patienten die sinds geruime tijd niet meer door de huisarts werden gezien en die bij het opmeten de graad van funktiebeperking niet volledig valide blijft is de toegepaste methode te verkiezen boven de gebruikelijke werkwijze.

Dit zal a priori het geval zijn wanneer het bejaarden in een bejaardentehuis betreft. De supplementaire tijdsbelasting is zoals beschreven in deel III hfdst. I § 1, kleiner dan 16 minuten.

## § 2. De funktiemethode en het P.G.O.

Bij de vergelijking tussen funktiemethode en P.G.O. wordt vooral gezocht naar de waarde van de funktiemethode als preventieve onderzoeksmethode, dit wil zeggen bij de groep patiënten, waar het initiatief voor het onderzoek van de arts uitging.

Bij de algemene vergelijking tussen beide methodes bleek het P.G.O. meer belangrijke nieuwe gegevens te ontdekken dan de funktiemethode. Hierdoor valt de globale puntenwaardering in het voordeel van het P.G.O. uit met 59 punten (deel II hfdst. II § 2 B.)

Uit de detailbespreking in deel II hfdst. III § 1, blijkt dat het belang van het P.G.O. stijgt naarmate het langer geleden is dat de patient met zijn huisarts kontakt had opgenomen. Omgekeerd is het belang van de funktiemethode groter dan dat van het P.G.O. bij de patienten die in kontakt stonden met hun huisarts op het ogenblik van het onderzoek.

Bij de afzonderlijke bestudering van de bejaarde in de open maatschappij en deze in het bejaardentehuis, kwamen geen merkbare verschillen voor tussen beide onderzoeksmethodes (Deel II hfdst. III § 2).

Belangrijker is evenwel de verdeling van de puntenwaarden toegekend aan beide methodes, volgens de graad van funktiebeperking. (Deel II Hfdst. II § 3). Naarmate de funktiebeperking groter was, wordt het P.G.O. minder belangrijk om tenslotte kleiner te worden dan het belang van de funktiemethode vanaf graad III.

Voor wat de totaal valide bejaarden betreft graad VI, is het belang van het P.G.O. groter dan bij de algemene vergelijking.

Bij de detailbespreking (deel III hfdst. I § 3) komt duidelijk naar voor dat voor wat de nieuwe gegevens betreft die uitsluitend ontdekt werden door het P.G.O. en die tevens behandeld worden, deze in te delen zijn in verschillende categoriën.

Ten eerste speelden ze als dusdanig geen rol in de graad I en II; een matige rol in graad III en IV, en werden ze belangrijk in graad VI.

Ten tweede bracht de bestudering van hun aard nieuwe gegevens aan het licht. Hieruit blijkt namelijk dat een gerichte screening ondermeer gericht op het cardio-vasculaire gebied, samen met een beperkte fysio-chemische bepaling (Hb, Ht, urine, albumine en reductie) 77% der bedoelde gegevens aan het licht zou brengen.

BESLUIT : Door het uitvoeren van de funktiemethode komt een groot deel van de bevindingen van het P.G.O. aan het licht. Alleen voor de bejaarden in graad VI houdt het P. belang. Het is evenwel de vraag of een gericht onderzoek (cfr. Fuldauer) hier niet efficiënter is, zeker wanneer men ook nog rekening houdt met de tijdsbelasting van het P.G.O. Het uiteindelijke gedragsschema inzake preventieve bejaardenzorg zou er als volgt uit kunnen zien :

1. In een eerste fase wordt de graad van funktiebeperking met de herwerkte meetlat (bijlage 7 A en B) bepaald. Tijdsbelasting minder dan 16 minuten.
2. In een tweede fase volgt naargelang de graad van funktiebeperking :
  - a) Voor de groepen I, II, III  
De toegepaste werkwijze, m.a.w. verder gericht onderzoek volgens de aanknopingspunten die uit het opmeten van de funktiebeperking naar voren komen.
  - b) Voor de groepen IV en V.
    - ofwel als boven ofwel tevens cardiovasculair onderzoek + Hb, Ht, urine albumine en reductie.
  - c) Voor de groep VI (totaal valide bejaarden) :
    - Ofwel niets
    - Ofwel zoals bij a)
    - Ofwel zoals bij b)
    - Ofwel gericht onderzoek vgl. Fuldauer
    - Ofwel P.G.O.

Bij de keuze tussen een van deze gedragspatronen zal men zich laten leiden door de beschikbare tijd enerzijds en de eisen die men stelt aan het preventief onderzoek anderzijds.

Het herkennen van de graad van funktiebeperking, lijkt ons inziens de belangrijkste aanwinst van de funktiemethode. Voor wat groep VI betreft zou men kunnen stellen dat de funktiemethode hier zijn taak vervuld heeft door de afwezigheid van beperkingen vast te stellen.

Uiteindelijk zij erop gewezen, dat in de dagelijkse huisartspraktijk met louter curatieve doeleinden hetzelfde schema aangewend zou kunnen worden.

De bepaling van de graad van funktiebeperking laat immers toe de belemmerende factoren (ziektes) te rangschikken volgens een zekere ernstigheidsgraad.

Wat rechtstreeks in verband staat met de funktiebeperking moet eerst behandeld worden, wat onrechtstreeks in verband staat is minder dringend doch kan preventief behandeld worden, wat niet in verband staat met de funktiebeperking mag, doch hoeft niet onmiddellijk behandeld te worden.

In de huisartsenpraktijk zou deze methode haar praktische toepassing kunnen vinden :

- bij alle nieuwe bejaarde patiënten die de huisarts voor het eerst ziet
- bij bejaarde patiënten die sedert een bepaalde tijd niet meer bij hun huisarts zijn geweest.
- bij patiënten die de huisarts sinds geruime tijd behandelt (chronische ziekte), om periodiek, bijvoorbeeld jaarlijks, een check-up uit te voeren, teneinde nieuwe belemmerende factoren op te sporen, die aan zijn aandacht ontsnappen, ofwel om ordening te brengen in het klachtenpatroon (volgens de ernstigheidsgraad).

In het bejaardentehuis kan een dergelijke methode toepassingsmogelijkheden vinden.

- bij de keuring van nieuwe patiënten
- als periodieke check-up van de totale populatie ofwel van een deel ervan (bijvoorbeeld dezen die sinds 6 maanden of meer geen contact meer opnamen met hun arts).

### § 3. AANBEVELINGEN EN BESLUIT.

De toepassing van de funktiemethode bij de preventieve bejaardenzorg en in de gebruikelijke praktijkvoering, bevatten echter nog enkele open vragen.

Wat de tijdsbelasting betreft werd gesteld dat deze minder dan 16 minuten zou zijn. Het komt ons voor dat wanneer men de herwerkte meetlat zou gebruiken deze tijd binnen de 10 minuten moet vallen. Doch alleen een nieuwe operationele studie kan hier het antwoord op geven.

Hetzelfde geldt voor de gedragsschema's in de preventieve bejaardenzorg. Hiervoor zou moeten nagegaan worden hoeveel tijd het gericht onderzoek in beslag neemt. Alhoewel we veronderstellen dat dit niet veel meer tijd zou zijn dan dat de huisarts besteedt in zijn gebruikelijke werkwijze, kunnen we dit niet bewijzen uit deze studie.

Verder zou de rentabiliteit van de multiple screening t.o.v. van het P.G.O. moeten nagegaan worden in een situatie waarbij men vertrekt van de bepaling van de graad van funktiebeperking.

De onderzoeken van Van Zonneveld en Fuldauer geven weliswaar voldoende gegevens over de beide methodes afzonderlijk maar het zou interessant zijn deze onderzoeksmethodes nader te vergelijken met de funktiemethode.

Uiteindelijk zou nog nagegaan kunnen worden, of zowel in de gebruikelijke huisartsenpraktijk als in de louter preventieve bejaardenzorg, inschakelen van een praktijkassistent mogelijk wordt. Het zou interessant zijn te weten of het opmeten van de funktiebeperking met vooropgestelde meetlat door een daarvoor getrainde assistente mogelijk is. Hierdoor zou de supplementaire tijdsbelasting voor de arts bij het toepassen van de funktiemethode genegeerd kunnen worden.

## B I J L A G E N



## BIJLAGEN.

### I. Meetinstrument van Sydney Katz.

#### Verdeling der Activities of daily living (A.D.L)

#### De A.D.L. en de criteria van afhankelijk en onafhankelijk.

Baden : - onafhankelijk : alleen hulp bij het baden voor een enkel deel (zoals rug of been) of patiënt baadt alleen.

- afhankelijk : hulp bij het baden voor meer dan één deel van het lichaam, hulp bij het in- en uitstappen van het bad of patiënt baadt niet zelf.

Kleden : - onafhankelijk : patiënt pakt kleren uit kasten en hangers, trekt de kleren aan (incl. bovenkleren, bretels), maakt sluitingen vast, behalve van schoenen.

- afhankelijk : patiënt kleedt zich niet aan of blijkt bij het bezoek gedeeltelijk ongekleed te zijn.

Naar het toilet gaan : - onafhankelijk : patiënt gaat naar het toilet, gaat er op en komt er weer af, kleedt zich weer aan, maakt zichzelf schoon (mag alleen 's nachts eigen bedpan gebruiken en al of niet hulpmiddelen).

- afhankelijk : patiënt gebruikt bedpan of toiletstoel, of krijgt hulp bij het naar het toilet gaan en gebruiken van het toilet.

Beweging : - onafhankelijk : patiënt stapt zonder hulp in en uit bed en gaat zonder hulp op een stoel zitten en staat er weer uit op (met of zonder gebruik van hulpmiddelen).

- afhankelijk : hulp bij het in en uit bed gaan en/of gaan zitten of opstaan uit een stoel patiënt is niet in staat tot één of meer bewegingen.

Eten : - onafhankelijk : hulp bij het in en uit bed gaan en / (of iets dergelijks) in de mond (vlees voorsnijden en voedsel klaarmaken, zoals brood smeren, worden niet meegerekend).

- afhankelijk : hulp bij het eten (zie boven)

patiënt eet helemaal niet of krijgt parenterale voeding.

De volgende gradaties zijn gegeven naargelang de ernst van de handicap van praktisch geheel bedlegerig (nr. 1) tot geheel valide t.o.v. de eigen persoon (nr.7) als volgt :

- 1 = afhankelijk in alle vijf functies
- 2 = onafhankelijk in alles behalve baden en kleden en naar het toilet gaan en één andere functie
- 3 = onafhankelijk in alles behalve baden en kleden en één andere functie
- 4 = onafhankelijk in alles behalve baden en één andere functie
- 5 = onafhankelijk in alles behalve één van deze functies
- 6 = afhankelijk in tenminste twee functies, maar niet vallende onder 4,3 of 2
- 7 = onafhankelijk van menselijke hulp in voeden, lopen, naar toilet gaan, kleden, en baden.

## II. DE MEETLAT van VAN ZONNEVELD en FENNIS.

De eerste drie graden hebben betrekking op de A.D.L. en zijn als volgt ingedeeld :

GRAAD I : geheel bedlegerig of daarmee gelijk te stellen geheel afhankelijk van anderen (A.D.L. 1 of 2)

GRAAD II : patiënten die hulp nodig hebben bij de activiteiten van het dagelijks leven als baden, kleden, naar het toilet gaan, zich bewegen (opkomen uit stoel of bed), eten, maar die hierbij toch niet geheel afhankelijk zijn van anderen (A.D.L. 3 of 4 of 5 of 6).

GRAAD III: patiënten die geen hulp nodig hebben ten behoeve van hun eigen persoon, maar die verder tot niets in staat zijn (A.D.L. 7).

De graden IV, V en VI zijn bij deze onderzoekers verschillend voor mannen en vrouwen, daarom zijn afzonderlijke omschrijvingen gebezigd voor de graden IV, V en VI , met verschillende inhoudsomschrijvingen.

De invaliditeit ten opzichte van het huishouden is alleen nagegaan voor vrouwen vanaf 65 jaar.

Zij onderscheiden :

GRAAD IV : patiënten die alleen licht huishoudelijk werk kunnen verrichten. (aardappelen schillen, groenten schoonmaken, tafel dekken en afruimen, afwassen, stof afnemen) Voor klassificiëring moet de huisvrouw drie van de vijf activiteiten kunnen verrichten.

GRAAD V : vrouwen die al het werk kunnen verrichten, behalve het zwaarste. (de normale huishouding : naast lichte huishoudelijke bezigheden ook koken, bedden opmaken, stofzuigen kolen scheppen, stoken). Om in aanmerking te komen voor klassificatie moet de huisvrouw naast de bezigheden vallen- de onder licht huishoudelijk werk ook kunnen koken en nog twee van de andere genoemde activiteiten verrichten.

GRAAD VI : huisvrouwen die geheel valide zijn ten opzichte van het huishoudelijk werk : zwaar werk, naast bezigheden begrepen onder licht en normaal huishoudelijk werk ook bezigheden als was doen en strijken, tillen, ramen zemen, vloeren dweilen, kleding kloppen. De beoordeelde heeft van de genoemde vijf activiteiten drie moeten kunnen verrichten om als geheel valide ten opzichte van het huishoudelijk werk te zijn gerekend.

Voor de mannen hebben zij volgende klassen voorzien. Van mannen vanaf 65 jaar wordt niet meer geëist dat zij produktief zijn in het arbeidsproces. Voor bejaarde mannen hebben zij arbeid vervangen door hobby's en bezigheden.

GRAAD IV. : patiënten die zich moeten beperken tot lichte dagelijkse bezigheden, hobby's als wandelen, kaarten, enz.

GRAAD V : bejaarde mannen die zich bij de uitoefening van hun dagelijkse taak / bezigheden lichte beperkingen moeten opleggen. b.v. moeilijker trappen kunnen lopen, of 's winters niet buiten kunnen wegens lichte angina pectoris.

GRAAD VI : mannen vanaf 65 jaar die zich geen beperkingen  
behoeven op te leggen.

Wat belangrijk is in het onderzoek van Fennis en Van Zonneveld is het feit dat zij aanvoelen hoe de graad van invaliditeit naast somatische factoren mede bepaald wordt door sociaal-culturele en psychische factoren. Vervolgens dat het opmeten van de invaliditeit voor mannen ten opzichte van hobby's en bezigheden een onmogelijke zaak bleek te zijn.

III. DE GRAADMETER zoals deze in het FUNKTIEONDERZOEK  
gebruikt werd.

GRAAD I : geheel bedlegerig of daarmee gelijk te stellen geheel afhankelijk van anderen (A.D.L. 1 of 2)

GRAAD II : patiënten die hulp nodig hebben bij de "activities of daily living" als baden, kleden, naar het toilet gaan, zich bewegen (opkomen uit stoel of bed) en eten, maar die hierbij toch niet geheel afhankelijk zijn van anderen (A.D.L. 3 of 4 of 5 of 6).

GRAAD III: patiënten die geen hulp nodig hebben ten behoeve van hun eigen persoon, maar die verder tot niets in staat zijn (A.D.L.7)

GRAAD IV : patiënten die alleen licht huishoudelijk werk aankunnen en zich alleen kunnen bewegen binnenshuis zonder hulp van anderen.

GRAAD V : patiënten die alle huishoudelijke werk behalve het zwaarste aankunnen en zich in de onmiddellijke omgeving van hun woning kunnen bewegen zonder hulp van anderen.

GRAAD VI : patiënten die ook het zwaarste huishoudelijke werk aankunnen en zonder hulp van anderen een onbeperkte bewegingsvrijheid genieten.

De formulering van graad I tot en met III werd overgenomen van Fennis en Van Zonneveld.

De graden IV tot en met VI werden herwerkt in die zin dat ze zowel voor vrouwen als voor mannen bruikbaar worden

De uiteindelijke MEETLAT ziet er dan als volgt uit:

|    |                         | GRAAD |                                                                                                                                      |
|----|-------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Baden                   | I     | Indeling vlg. Sidney Katz                                                                                                            |
| 2  | Kleden                  | II    | Fennis, Van Zonneveld                                                                                                                |
| 3  | Naar toilet gaan        | of    | I = A.D.L. 1 of 2                                                                                                                    |
| 4  | Bewegen                 | III   | II = A.D.L. 3,4,5,6                                                                                                                  |
| 5  | Eten                    |       | III = A.D.L. 7                                                                                                                       |
| 6  | Aardappelen schillen    | IV    | (afgeleid van Fennis,<br>Van Zonneveld)<br>Voor klassificering<br>moet de patiënt 3 van<br>de 5 aktiviteiten kunnen ver-<br>richten. |
| 7  | Groenten schoonmaken    |       |                                                                                                                                      |
| 8  | Tafel dekken + afruimen |       |                                                                                                                                      |
| 9  | Afwassen                |       |                                                                                                                                      |
| 10 | Stof afnemen            |       |                                                                                                                                      |
| 11 | Koken                   | V     | Voor klassificering<br>moet de patiënt 6 van<br>de 10 aktiviteiten kunnen<br>verrichten.                                             |
| 12 | Bedden opmaken          |       |                                                                                                                                      |
| 13 | Stofzuigen              |       |                                                                                                                                      |
| 14 | Kolen scheppen          |       |                                                                                                                                      |
| 15 | Stoken                  |       |                                                                                                                                      |
| 16 | Wandelen in de omgeving |       |                                                                                                                                      |
| 17 | Boodschappen doen       |       |                                                                                                                                      |
| 18 | Bezoekjes afleggen      |       |                                                                                                                                      |
| 19 | Kapper                  |       |                                                                                                                                      |
| 20 | Op spreekuur komen      |       |                                                                                                                                      |
| 21 | Wassen + strijken       | VI    | Voor klassificering<br>moet de patiënt 6 van<br>de 10 aktiviteiten<br>kunnen verrichten.                                             |
| 22 | Tillen                  |       |                                                                                                                                      |
| 23 | Ramen zemen             |       |                                                                                                                                      |
| 24 | Vloeren dweilen         |       |                                                                                                                                      |
| 25 | Kleden kloppen          |       |                                                                                                                                      |
| 26 | koffer sjouwen          |       |                                                                                                                                      |
| 27 | Trappen lopen           |       |                                                                                                                                      |
| 28 | Busreizen               |       |                                                                                                                                      |
| 29 | Treinreizen             |       |                                                                                                                                      |
| 30 | Fietsen                 |       |                                                                                                                                      |

# IV. Enkele van de bij het onderzoek gebruikte formulieren.

N.H.I.

ONDERZOEK BIJ BEJAARDEN

|                                    |                  |               |           |      |  |                         |         |
|------------------------------------|------------------|---------------|-----------|------|--|-------------------------|---------|
| Groep                              | Praktijk         |               | Inan-wijk |      |  |                         | No      |
| Naam                               | Introductie      |               |           |      |  |                         | Spreek  |
| Voornamen                          |                  |               |           |      |  |                         | Visite  |
| Adres                              |                  |               |           |      |  |                         | Telefo  |
| Ouderdom                           |                  |               |           |      |  |                         | Schrijf |
| Geslacht M V                       |                  |               |           |      |  |                         | Visite  |
| Onderzoek                          |                  | datum van tot |           | tijd |  | Reden van uitstel of st |         |
| Fase I 1e bezoek<br>II, A + B      |                  | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
| Fase II, C Lich.onderz.<br>E       |                  | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
| Fase II, D Hetero-anamn.           |                  | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
| Fase II, E                         | Uitbreiding II,D | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 3.            |           |      |  |                         |         |
|                                    | Uitbreiding II,C | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 3.            |           |      |  |                         |         |
| Fase II, F Specialist              |                  | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 3.            |           |      |  |                         |         |
| Afsluiting Fase I + II             |                  |               |           |      |  |                         |         |
| Fase III Herhaling I               |                  | 1.            |           |      |  |                         |         |
|                                    |                  | 2.            |           |      |  |                         |         |
| Besluiten                          |                  |               |           |      |  |                         |         |
| Hulpbehoevendheid vóór Fase III    |                  |               |           |      |  |                         |         |
| Hulpbehoevendheid ná Fase III      |                  |               |           |      |  |                         |         |
| Verandering v.d. hulpbehoevendheid |                  |               |           |      |  | verminderd              |         |
|                                    |                  |               |           |      |  | onderanderd             |         |
|                                    |                  |               |           |      |  | vermeerderd             |         |



## Fase I : HET OPMETEN V.D. REELE HULPBEHOEVENDEHEID

A. Hulpbehoefendheid t.o.v. de eigen persoon

H.B.H.

| Vragen              | ON | AF |  |
|---------------------|----|----|--|
| 1. Baden            |    |    |  |
| 2. Kleden           |    |    |  |
| 3. Naar toilet gaan |    |    |  |
| 4. Beweging         |    |    |  |
| 5. Eten             |    |    |  |

B. Hulpbehoefendheid t.o.v. binnen- en buitenshuis

HETERO

| Activiteiten              | doen |     | mog. |     | hulp midd. |       | doen |     | n  |
|---------------------------|------|-----|------|-----|------------|-------|------|-----|----|
|                           | ja   | nec | ja   | nee | mech.      | pers. | ja   | nee | ja |
| 1. Aardappelen schillen   |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 2. Groenten schoonmaken   |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 3. Tafeldekken + afruimen |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 4. Afwassen               |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 5. Stof afnemen           |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 6. Koken                  |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 7. Bedden opmaken         |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 8. Stofzuigen             |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 9. Kolen scheppen         |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 10. Stoken                |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 11. Wandelen in omgeving  |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 12. Boodschappen doen     |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 13. Bezoekjes afleggen    |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 14. Kapper                |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 15. Op spreekuur komen    |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 16. Was doen + strijken   |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 17. Tillen                |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 18. Ramen zemen           |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 19. Vloer dweilen         |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 20. Kleden kloppen        |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 21. Koffer sjouwen        |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 22. Trappen lopen         |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 23. Busreizen             |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 24. Treinreizen           |      |     |      |     |            |       |      |     |    |
| 25. Fietsen               |      |     |      |     |            |       |      |     |    |

. Zijn er mensen, die u behulpzaam kunnen zijn bij deze dingen, die u niet alleen kunt doen ? (familie - vrienden - kennissen - bureu)

| Activiteit(zie fase I) | Ja | Wie | Neen | Waarom |
|------------------------|----|-----|------|--------|
| 1.                     |    |     |      |        |
| 2.                     |    |     |      |        |
| 3.                     |    |     |      |        |
| 4.                     |    |     |      |        |
| 5.                     |    |     |      |        |
| 6.                     |    |     |      |        |
| 7.                     |    |     |      |        |
| 8.                     |    |     |      |        |
| 9.                     |    |     |      |        |
| 10.                    |    |     |      |        |
| 11.                    |    |     |      |        |
| 12.                    |    |     |      |        |
| 13.                    |    |     |      |        |
| 14.                    |    |     |      |        |
| 15.                    |    |     |      |        |

. Is er, indien nodig, iemand die u acuut kan helpen ?

|                   |  |
|-------------------|--|
| Zo ja, wie ?      |  |
| Zo neen, waarom ? |  |

. Woonsituatie:

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. Alleen           |                 |
| 2. In gezinsverband |                 |
| 3. Met anderen:     | werkend         |
|                     | niet werkend    |
| 4. Huisvesting:     | huis            |
|                     | flat            |
|                     | pensien         |
|                     | tehuis          |
|                     | anders; welke ? |

. Financiële situatie.

|          |                                            |
|----------|--------------------------------------------|
| Inkomen: | 1. minder dan / 6 000                      |
|          | 2. meer dan / 6 000 en minder dan / 12 000 |
|          | 3. meer dan /                              |



11, C - Lichamelijk - Fysicochemisch Onderzoek

5

**V**

Form.

5

### Anamnesis

a. Aangaande de activiteiten, waarvan blijkt, dat de patiënt ze niet zelf meer kan verrichten, wordt nagevraagd sinds wanneer ze dit niet meer kunnen en waardoor.

[illegible]

## 1. Huidige therapie

|  |     |  |
|--|-----|--|
|  | 9.  |  |
|  | 10. |  |
|  | 11. |  |
|  | 12. |  |
|  | 13. |  |
|  | 14. |  |
|  | 15. |  |
|  | 16. |  |

V: Inlichtend schrijven dat aan de patienten overhandigd werd die aan het onderzoek deelnamen.

a) In de huisartspraktijk

TOELICHTING

Dit onderzoek, waaraan u uw medewerking hebt verleend, zal ons toelaten een beter inzicht te krijgen in de medische problematiek van mensen van 65 jaar en ouder. Het onderzoek zelf bestaat uit twee delen: Het EERSTE deel bestaat er in een aantal vragen te beantwoorden i.v.m. al of niet aanwezige hulpbehoefte. Het TWEEDE deel bestaat uit een lichamelijk onderzoek, samen met een beperkt onderzoek van bloed, urine en faeces.

Voor het lichamelijk onderzoek wordt u verwacht op ..... om ..... uur bij Dr. X.

Gelieve ons zo mogelijk de urine en faeces monsters 1 à 3 dagen vóór het lichamelijk onderzoek te laten toekomen.

Flesje I : avondplas een monster van de urine die na de avondmaaltijd of vóór het naar bed gaan geloosd werd (koel bewaren s.v.p.)

Flesje II : ochtendplas een monster van de urine die bij of onmiddellijk na het opstaan geloosd werd.

Doosje : een weinig faeces met het houten spateltje in het doosje brengen.

N.B. voor een goed onderzoek is het wenselijk drie dagen vóór het afnemen van het faecesmonster geen tanden te poetsen en het vleesgebruik te beperken.

U wordt verzocht de urine en faeces monsters zo mogelijk dezelfde ochtend als deze waarop de ochtendplas geloosd werd, te (laten) brengen bij Dr. X te Y.

Voor uw daadwerkelijke hulp bij dit onderzoek, zeggen wij u hartelijk dank.

Met vriendelijke groeten,

Dr. X.

b) In het bejaardentehuis

TOELICHTING

Dit onderzoek, waaraan u uw medewerking hebt verleend, zal ons toelaten een beter inzicht te krijgen in de medische problematiek van mensen van 65 jaar en ouder. Het onderzoek zelf bestaat uit twee delen: Het EERSTE deel bestaat er in een aantal vragen te beantwoorden i.v.m. al of niet aanwezige hulpbehoefvendheid. Het TWEEDE deel bestaat uit een lichamelijk onderzoek, samen met een beperkt onderzoek van bloed, urine en faeces.

Voor het lichamelijk onderzoek wordt u verwacht op ..... om ..... uur in de DOKTERSKAMER. Gelieve ons zo mogelijk de urine en faeces monsters 1 à 2 dagen vóór het lichamelijk onderzoek te laten toekomen.

Flesje I : Avondplas een monster van de urine die na de avondmaaltijd of vóór het naar bed gaan geloosd werd (koel bewaren s.v.p.)

Flesje II : ochtendplas een monster van de urine die bij of onmiddellijk na het opstaan geloosd werd.

Doosje : een weinig faeces met het houten spateltje in het doosje brengen.  
N.B. voor een goed onderzoek is het wenselijk drie dagen vóór het afnemen van het faecesmonster geen tanden te poetsen en het vleesgebruik te beperken.

U wordt verzocht de urine en faeces monsters zo mogelijk dezelfde ochtend als deze waarop de ochtendplas geloosd werd, te (laten) brengen bij de zuster.

Voor Uw daadwerkelijke hulp bij dit onderzoek, zeggen wij u hartelijk dank.

Met vriendelijke groeten,

Dr. X.

faktoren en afzonderlijke bespreking per diagnose (-groep).

Algemene legende der tabellen:

Overzicht van de code der gegevens

| Gegeven<br>code | Verband met de HBH |               |           | Vooraf<br>bekend | n<br>Nieuw<br>ontdekt | A<br>Met<br>aanknopingsp. | Zonder<br>aanknopingsp. |
|-----------------|--------------------|---------------|-----------|------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
|                 | a<br>direkt        | b<br>indirekt | c<br>geen |                  |                       |                           |                         |
| a               | x                  |               |           | x                |                       | x                         |                         |
| an              | x                  |               |           |                  | x                     | x                         |                         |
| b               |                    | x             |           | x                |                       |                           | x                       |
| bn              |                    | x             |           |                  | x                     |                           | x                       |
| bA              |                    | x             |           | x                |                       | x                         |                         |
| bAn             |                    | x             |           |                  | x                     | x                         |                         |
| c               |                    |               | x         | x                |                       |                           | x                       |
| cn              |                    |               | x         |                  | x                     |                           | x                       |
| cA              |                    |               | x         | x                |                       | x                         |                         |
| cAn             |                    |               | x         |                  | x                     | x                         |                         |

a = in direct verband met de HBH

b = in indirect verband met de HBH

c = geen verband met de HBH

n = nieuw ontdekt

A = gegevens voor wiens opsporing een aanknopingspunt bestond door het opmeten van de HBH

HBH = hulpbehoefte = invaliditeit = functiebeperking.



Tabel a.

## Overzicht

| HHH    | I | II | III | IV | V | VI | m.<br>vr. | PI<br>AI | a | an | b  | bn | ba | bân | c | cn | ca | cân | nieuw<br>bekend | met Aanknopingsp.<br>" | zonder | Totaal |
|--------|---|----|-----|----|---|----|-----------|----------|---|----|----|----|----|-----|---|----|----|-----|-----------------|------------------------|--------|--------|
|        |   |    |     |    |   |    |           |          |   |    |    |    |    |     |   |    |    |     |                 |                        |        |        |
| 44     | - | 2  |     |    |   |    | 6         | 9        | 8 |    | 2  | 2  | 3  | 7   |   |    |    |     | 18              | 18                     | 5      | 23     |
| 45     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 2         | 3        |   |    | 2  | 1  |    |     | - | 2  |    |     | 5               | 5                      | 5      | 8      |
| 46     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 2         | 3        |   |    | 2  | 1  |    |     |   |    |    |     | 2               | 2                      | 2      | 0      |
| 47     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 1         | 6        |   |    | 2  | 2  | 2  | 2   |   |    |    |     | 6               | 5                      | 7      | 15     |
| 48     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 11        | 5        |   |    | 1  | 2  | 2  | 2   | - | 2  |    |     | 9               | 9                      | 14     | 0      |
| 49     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 3         | 4        |   |    | 2  | 1  |    | 2   |   | 1  |    |     | 0               | 6                      | *      | 2      |
| 50     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 1         | 1        |   |    | 1  |    |    |     |   |    |    |     | 0               | 3                      | 3      | 1      |
| 51     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 2         | 2        |   |    | 2  |    |    | 2   |   |    |    |     | 1               | 4                      | 4      | 0      |
| 52     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 12        | 18       |   |    | 4  | 4  | 1  | -   | 3 | 18 | -  |     | 22              | 24                     | 30     | 21     |
| 53     |   |    |     | 2  | 1 | 1  | 16        | 30       |   |    | 4  | -  | 3  | 1   | - | 2  | -  |     | 22              | 15                     | 6      | 0      |
| 54     |   |    |     | 2  | 1 | 1  | 28        | 24       |   |    | 6  | 5  | 3  | 4   | - | 2  | -  |     | 24              | 19                     | 46     | 36     |
| 55     |   |    |     | 2  | 1 | 1  | 14        | 40       |   |    | 13 | 13 | 4  | 8   | - | 12 | -  |     | 36              | 38                     | 64     | 126    |
| 56     |   |    |     | 2  | 1 | 1  | 26        | 38       |   |    | 2  | 5  | 4  | 5   | - | 10 | -  |     | 37              | 32                     | 53     | 9      |
| 57     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 10        | 3        |   |    | 2  | 1  |    | 30  |   |    |    |     | 3               | 11                     | 13     | 11     |
| 58     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 3         | 1        |   |    | 3  |    |    | -   | 1 | 3  |    |     | 3               | 0                      | 4      | 0      |
| 59     |   |    |     | 2  | 2 | 2  | 4         | 12       |   |    | 2  | 1  | 1  | -   | 5 | 4  | -  |     | 6               | 4                      | 16     | 2      |
| 60     |   |    |     | 2  | 2 | 2  | 14        | 0        |   |    | 1  | 1  |    | -   | 4 | 8  | -  |     | 9               | 0                      | 14     | 0      |
| 61     |   |    |     | 2  | 2 | 2  | 0         | 6        |   |    | 1  | 1  | -  | -   | 1 | 1  | -  |     | 2               | 4                      | 6      | 1      |
| 62     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 5         | 37       |   |    | 23 | 6  | 3  | -   |   |    |    |     | 12              | 33                     | 42     | 32     |
| 63     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 9         | 10       |   |    | 2  | 3  | -  | 2   | 2 | 2  |    |     | 11              | 9                      | 19     | 5      |
| 64     |   |    |     | 2  | 2 | 2  | 4         | 2        |   |    | 4  |    |    | -   | 5 | 9  |    |     | 1               | 5                      | 6      | 1      |
| 65     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 8         | 10       |   |    | 2  | 1  | -  | 1   | 5 | 1  |    |     | 10              | 4                      | 18     | 2      |
| 66     |   |    |     | 1  | 1 | 1  | 0         | 4        |   |    | 1  | 2  | -  | 1   |   |    |    |     | 3               | 4                      | 4      | 3      |
| Totaal |   |    |     |    |   |    |           |          |   |    |    |    |    |     |   |    |    |     |                 |                        |        | 434    |

Tabel b. Verdeling der aandoeningen naar HBH, geslacht  
a b c, initiatief (P.I., A.I.)

44 = adipositas

|          |                                                                        |
|----------|------------------------------------------------------------------------|
| HBH 3 II | 2 te lezen als:"op 3 gevallen met HBH II<br>2 gevallen met adipositas. |
| 32 M     | 6 te lezen als:"op 32 mannen 6 gevallen me<br>adipositas.              |
| 44 an    | 8 te lezen als:"op 44 an bevindingen 8 gev<br>len met adipositas.      |

totaal aantal gevallen = 23

|          |   |         |    |        |   |                                  |
|----------|---|---------|----|--------|---|----------------------------------|
| HBH 3 II | 2 | 32 M    | 6  | 44 an  | 8 | nieuw onderkend<br>vooraf bekend |
| 17 III   | 4 | 63 V    | 17 | 71 b   | 2 |                                  |
| 17 IV    | 1 | 48 P.I. | 9  | 28 bn  | 3 | met aanknopingsp                 |
| 29 V     | 9 | 47 A.I. | 14 | 32 bA  | 3 | zonder "                         |
| 26 VI    | 7 |         |    | 23 bAn | 7 |                                  |

- M.O.
- alle nieuwe onderkende gevallen hadden aan-  
knopingspunten.
  - het belang in groep HBH II op 3 gevallen,  
2 gevallen met adipositas.
  - niet zo een groot verschil mannen - vrouwen
  - wel groot verschil A.I. > P.I.
  - het zijn alle a of b bevindingen x overwegend  
nieuw onderkend.

Tabel c.

53. Decompensatio cordis: Totaal aantal gevallen: 46

|     |    |     |    |         |    |        |    |                   |    |
|-----|----|-----|----|---------|----|--------|----|-------------------|----|
| HBH | 3  | II  | 2  | 32 M    | 16 | 69 d   | 15 | nieuw onderkend   | 24 |
|     | 17 | III | 11 | 63 V    | 30 | 44 an  | 21 | vooraf bekend     | 22 |
|     | 17 | IV  | 10 | 48 P.I. | 28 | 71 b   | 4  |                   |    |
|     | 29 | V   | 14 | 47 A.I. | 18 | 32 bA  | 3  | met aanknopingsp. | 40 |
|     | 26 | VI  | 9  |         |    | 23 bAn | 1  | zonder "          | 6  |
|     |    |     |    |         |    | 40 cn  | 3  |                   |    |

- W.O.
- slechts twee nieuw onderkende gevallen hadden geen aanknopingspunten 2 cn d.w.z. bevindingen c; hier is dus geen echte nog onmiddellijk dreigende decomp. cordis., maar alleen enkele symptomen die mogelijk na verloop van tijd tot decomp. cordis zouden aanleiding kunnen geven.
  - het belang in groep HBH II en in de groepen III en IV.
  - geen verschil mannen - vrouwen
  - de meeste gevallen  $\pm$  2/3 zijn P.I.
  - in belangrijke mate  $\pm$  80% zijn  $\frac{a}{an}$  } bevindingen
  - voor 50% nieuw onderkend.

Tabel d.

54 = hypertensie. Totaal aantal gevallen = 30

|     |    |     |    |         |    |        |   |                  |
|-----|----|-----|----|---------|----|--------|---|------------------|
| HBH | 3  | II  | 1  | 32 M    | 6  | 69 a   | 6 | nieuw onderkend  |
|     | 17 | III | 2  | 63 V    | 24 | 44 an  | 6 | vooraf bekend: 1 |
|     | 17 | IV  | 8  | 48 P.I. | 14 | 71 b   | 6 |                  |
|     | 29 | V   | 10 | 47 A.I. | 16 | 28 bn  | 5 | met aanknopingsp |
|     | 26 | VI  | 9  |         |    | 32 ba  | 3 | met aanknopingsp |
|     |    |     |    |         |    | 23 bAn | 4 |                  |

- M.O.
- 5 op de 30 gevallen zijn nieuw onderkend zonder aanknopir punten.
  - 10 op de 30 gevallen zijn nieuw onderkend met aanknopings punten.
  - het belang is ± even groot in de groepen II, IV, V en VI minder belangrijk in groep III.
  - 50% meer bij vrouwen dan bij mannen.
  - geen onderscheid tussen P.I. en A.I. noch tussen nieuw en vooraf bekend.
  - allen a en b bevindingen.

el e.

= arteriosclerose (incl. angina pectoris). Totaal aantal gevallen = 64

|        |    |         |    |        |    |
|--------|----|---------|----|--------|----|
| 3 I    | 1  | 32 M    | 24 | 69 a   | 11 |
| 3 II   | 2  | 63 V    | 40 | 44 an  | 15 |
| 17 III | 12 |         |    | 71 b   | 13 |
| 17 IV  | 13 | 48 P.I. | 28 | 28 bn  | 13 |
| 29 V   | 18 | 47 A.I. | 36 | 32 bA  | 4  |
| 26 VI  | 18 |         |    | 23 bAn | 8  |

nieuw onderkend: 36

vooraf bekend: 28

met aanknopingspunten: 38

zonder aanknopingspunten: 25

- 13 op de 64 gevallen zijn nieuw zonder aanknopingspunten.
- 23 op de 64 gevallen zijn nieuw met aanknopingspunten.
- er zijn geen grote verschillen per groep HBH
- geen verschillen mannen/vrouwen
- A.I. is iets meer als P.I.
- alle bevindingen zijn van type a of b zonder grote verschillen.
- iets meer dan de helft zijn nieuw ontdekt.

Tabel f.

56. Overige vaatziekten, vooral: varices, ulcus cruris, haemori

Totaal aantal gevallen = 53

|     |        |    |         |    |        |    |              |
|-----|--------|----|---------|----|--------|----|--------------|
| HBH | 3 I    | 1  | 32 M    | 15 | 69 a   | 4  | nieuw onderk |
|     | 3 II   | 2  | 63 V    | 38 | 44 an  | 5  | vooraf beker |
|     | 17 III | 8  | 48 P.I. | 26 | 71 b   | 2  |              |
|     | 17 IV  | 11 | 27 A.I. | 27 | 28 bn  | 5  | met aanknopi |
|     | 29 V   | 17 |         |    | 32 bA  | 4  | punten: 32   |
|     | 26 VI  | 14 |         |    | 23 bAn | 5  | zonder aankr |
|     |        |    |         |    |        |    | punten: 21   |
|     |        |    |         |    | 59 C   | 2  | nieuw zonder |
|     |        |    |         |    | 40 cn  | 12 | knopingspunt |
|     |        |    |         |    | 18 cA  | 4  | nieuw met aa |
|     |        |    |         |    | 14 cAn | 10 | knopingspunt |

- M.O. - van de 17 nieuw gevallen zonder aanknopingspunten zijn 12 c bevindingen.
- belang vooral in groepen I en II, minder in III en IV e minder in V en VI.
  - iets meer bij vrouwen dan bij mannen.
  - vooral bevindingen van type c.

el g.

Allergeen - Endocriene stoornissen - stofwisseling + voedings-  
ziekten (excl. adipositas)  
vooral: diabetes mellitis.

Totaal: diabetes mellitus: 4 }  
nervositisme: 1 (c, n) } 5

|    |    |   |      |   |   |    |    |   |                   |
|----|----|---|------|---|---|----|----|---|-------------------|
| 17 | IV | 1 | 32   | M | 2 | 71 | b  | 2 |                   |
| 29 | V  | 3 | 63   | V | 3 | 28 | bn | 1 | 3 nieuw onderkend |
| 26 | VI | 1 |      |   |   | 40 | cn | 2 | 2 vooraf bekend.  |
|    |    |   | P.I. |   | 3 |    |    |   | 5 zonder aankno-  |
|    |    |   | A.I. |   | 2 |    |    |   | pingspunten.      |

∴ - alle gevallen zijn zonder aanknopingspunten en voor 3/5  
nieuw.

Tabel h.

49. Ziekten van het zenuwstelsel.

Totaal aantal gevallen: 6 waarvan : Parkinson 4  
trigeminus 1  
neuralgie 1  
hemiplegie 1

|     |    |     |   |       |   |      |   |
|-----|----|-----|---|-------|---|------|---|
| HBH | 3  | I   | 1 | 32 M  | 2 | 67 d | 4 |
|     | 17 | III | 2 | 63 V  | 4 | 71 b | 1 |
|     | 29 | IV  | 3 | 48 PI | 2 | 59 c | 1 |
|     |    |     |   | 47 AI | 4 |      |   |

4 met aanknopingspunten

2 zonder "

0 nieuw onderkend.

M.O.: - alle gevallen waren vooraf bekend

- geen verschil mannen - vrouwen 1 PI - AI.

- vooral bevindingen van het type : a.

---

Tabel i.

50. Ziekten van het oog.

Totaal aantal gevallen: 3 (cataract).

|     |    |     |   |       |   |      |   |
|-----|----|-----|---|-------|---|------|---|
| HBH | 17 | III | 1 | 32 M  | 2 | 69 a | 2 |
|     | 29 | V   | 1 | 63 V  | 1 | 71 b | 1 |
|     | 26 | VI  | 1 | 48 PI | 1 |      |   |
|     |    |     |   | 47 AI | 2 |      |   |

1 zonder aanknopingspunt

0 nieuw onderkend

# Tabel j.

## 51. Ziekte van Ménière.

Totaal aantal gevallen: 4

|     |    |     |   |       |   |       |   |                   |   |
|-----|----|-----|---|-------|---|-------|---|-------------------|---|
| HBH | 17 | III | 1 | 32 M  | 2 | 69 a  | 1 | nieuw onderk.     | 1 |
|     | 29 | V   | 1 | 63 V  | 2 | 44 an | 1 | vooraf bekend:    | 3 |
|     | 26 | VI  | 2 | 48 PI | 3 | 71 b  | 2 | met aanknopingsp. | 2 |
|     |    |     |   | 47 AI | 1 |       |   | zonder "          | 2 |

- Alle nieuw onderkende gevallen hebben aanknopingspunten (1)
- Mannen tweemaal meer dan vrouwen.

# Tabel k.

## 52. Ziekten van het oor.

Totaal aantal gevallen: 30, waarvan: cerumen 6  
doofheid 24

|     |    |     |    |       |    |       |    |
|-----|----|-----|----|-------|----|-------|----|
| HBH | 17 | III | 6  | 32 M  | 12 | 71 b  | 4  |
|     | 17 | IV  | 4  | 63 V  | 18 | 28 bn | 4  |
|     | 29 | V   | 9  | 48 PI | 14 | 32 bA | 1  |
|     | 26 | VI  | 10 | 47 AI | 16 | 59 c  | 3  |
|     |    |     |    |       |    | 40 cn | 18 |

nieuw onderkend 22

vooraf bekend 8

met aanknopingsp. 1

zonder " 29

M.O. - nieuwe bevindingen > vooraf bekende maar voor-  
namelijk bevindingen van type c: 21 gevallen op 30.

Tabel 1 .

46. Ziekten van bloed + bloedvormende organen.

Totaal aantal gevallen: 5, waarvan 4 anaemieën ferrifie

1 anaemieën percicio  
(b, V, ♀ )

|     |    |    |   |    |      |   |    |    |   |
|-----|----|----|---|----|------|---|----|----|---|
| HBH | 3  | I  | 1 | 32 | M    | 2 | 69 | a  | 1 |
|     | 17 | IV | 1 | 63 | V    | 3 | 44 | an | 1 |
|     | 29 | V  | 1 | 48 | P.I. | 2 | 71 | b  | 2 |
|     | 26 | VI | 2 | 47 | A.I. | 3 | 28 | bn | 1 |

nieuw onderkend: 2

vooraf bekend: 3

met aanknopingspunten: 2

zonder " : 3

M.O. - 1 op de 5 gevallen is nieuw onderkend zonder aanknopingspunten.

- alle gevallen zijn van het a of b type.

Tabel m.

47. Seniele dementie. Totaal aantal gevallen = 7

|     |    |     |   |    |      |   |    |    |   |
|-----|----|-----|---|----|------|---|----|----|---|
| HBH | 3  | II  | 1 | 32 | M    | 1 | 69 | a  | 1 |
|     | 17 | III | 1 | 63 | V    | 6 | 44 | an | 4 |
|     | 17 | IV  | 2 | 48 | P.I. | 1 | 28 | bn | 2 |
|     | 29 | V   | 2 | 47 | A.I. | 6 |    |    |   |
|     | 26 | VI  | 1 |    |      |   |    |    |   |

nieuw onderkend: 6

vooraf bekend: 1

met aanknopingspunten : 5

zonder " : 2

M.O.: - van de 6 nieuw onderkende gevallen zijn er 2 zonder aanknopingspunten.

- groot verschil tussen mannen en vrouwen en P.I.

Tabel n.

48. Psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen,  
excl. seniele dementie.

Totaal aantal gevallen: 14, waarvan : - depressies : 3  
 - stress : 2  
 - neurosen : 1  
 - nervositas : 6  
 - cancerfobie: 1  
 - neurasthenie: 1

|     |    |     |   |         |    |        |   |
|-----|----|-----|---|---------|----|--------|---|
| HBH | 17 | III | 1 | 32 M    | 3  | 69 a   | 2 |
|     | 17 | IV  | 3 | 63 V    | 16 | 44 an  | 3 |
|     | 29 | V   | 3 | 48 P.I. | 9  | 71 b   | 1 |
|     | 26 | VI  | 7 | 47 A.I. | 5  | 28 bn  | 2 |
|     |    |     |   |         |    | 32 bA  | 2 |
|     |    |     |   |         |    | 23 bAn | 2 |
|     |    |     |   |         |    | 40 cn  | 2 |

nieuw onderkend: 9

vooraf bekend: 5

met aanknopingspunten: 9

zonder " : 5

nieuw zonder aanknopingsp.: 4

nieuw met " : 5

M.O.: - verschillen tussen mannen en vrouwen  
 - vooral belang in groep IV en VI.

Tabel o.

57. Ziekten van de Tractus Respiratorius: 13 waarvan:

- 1 bronchiectasie
- 2 astmatische bronchitis
- 1 emfyseem
- 9 chronische bronchitis

|     |        |   |         |    |       |   |
|-----|--------|---|---------|----|-------|---|
| HBH | 3 I    | 1 | 32 M    | 10 | 69 a  | 9 |
|     | 3 II   | 1 | 63 V    | 3  | 44 an | 2 |
|     | 17 III | 5 | 48 P.I. | 7  | 71 b  | 1 |
|     | 17 IV  | 3 | 47 A.I. | 6  | 28 bn | 1 |
|     | 29 V   | 2 |         |    |       |   |
|     | 26 VI  | 1 |         |    |       |   |

nieuw onderkend : 3

vooraf bekend : 10

met aanknopingspunten: 11

zonder aanknopingspunten: 2

nieuw zonder aanknopingsp. : 1

nieuw met " : 2

- M.O. : - belang vooral in klassen HBH I tot en met IV.
- verschil tussen mannen en vrouwen
  - hoofdzakelijk a bevindingen.
  - slechts 1 nieuw zonder aanknopingspunt.

Tabel p.

58. Herniae

Totaal aantal gevallen: 4 waarvan: 3 herniae inguinalis  
1 hernia umbilicalis

|     |    |     |   |    |      |   |    |    |   |
|-----|----|-----|---|----|------|---|----|----|---|
| HBH | 17 | III | 2 | 32 | M    | 3 | 59 | c  | 1 |
|     | 17 | IV  | 1 | 63 | V    | 1 | 40 | cn | 3 |
|     | 26 | VI  | 1 | 48 | P.I. | 3 |    |    |   |
|     |    |     |   | 47 | A.I. | 1 |    |    |   |

nieuw onderkend: 3

vooraf bekend: 1

met aanknopingspunten: 0

zonder " : 4

M.O. - allen zonder aanknopingspunten

- allen van het type c

- meer bij mannen

Tabel q.

59. Aandoeningen tractus digestivus (excl.: herniae).

Totaal aantal gevallen: 16 waarvan :

- 3 obstipatie
- 1 maag ca.
- 3 galblaasdistines
- 2 colitis
- 2 cholelithiasis
- 1 obstructie icterus
- 3 hepatomegalie + p
- 1 diverticulitis

|     |    |     |   |    |      |    |    |     |   |
|-----|----|-----|---|----|------|----|----|-----|---|
| HBH | 3  | II  | 2 | 32 | M    | 4  | 69 | a   | 2 |
|     | 17 | III | 4 | 63 | V    | 12 | 71 | b   | 2 |
|     | 17 | IV  | 5 | 48 | P.I. | 9  | 28 | bn  | 1 |
|     | 29 | V   | 3 | 47 | A.I. | 7  | 32 | bA  | 1 |
|     | 26 | VI  | 2 |    |      |    | 59 | c   | 5 |
|     |    |     |   |    |      |    | 40 | cn  | 4 |
|     |    |     |   |    |      |    | 14 | cAn | 1 |

nieuw onderkend: 6

vooraf bekend: 10

met aanknopingspunt: 4

zonder aanknopingsp.: 12

nieuw zonder aanknopingsp.: 5

nieuw met " : 1

M.O.: - slechts 1 geval van de nieuw onderkende heeft aanknopingspunten.

- meer bij vrouwen

- vooral in klasse HBH II, III, IV.

bel r.

. Prostaahtypertrofie.

taal aantal gevallen: 14

|   |    |     |   |         |    |       |   |                  |
|---|----|-----|---|---------|----|-------|---|------------------|
| H | 17 | III | 5 | 32 M    | 14 | 71 b  | 1 | nieuw onderk.: 9 |
|   | 17 | IV  | 1 | 63 V    | 0  | 28 bn | 1 | vooraf bekend: 5 |
|   | 29 | V   | 2 | 48 P.I. | 7  | 59 c  | 4 |                  |
|   | 26 | VI  | 6 | 47 A.I. | 7  | 40 cn | 8 |                  |

- . - alle zonder aanknopingspunten en vooral nieuw onderkend.  
- belang in klasse HBH III en VI  
- alle b en c bevindingen

bel s.

. Ziekten van de tractus urogenitalis (excl. prostaahtypertrofie).

taal aantal gevallen: 6 waarvan 5 prolaps uteri  
1 carunculose uteri

|   |    |     |   |         |   |       |   |                            |
|---|----|-----|---|---------|---|-------|---|----------------------------|
| I | 17 | III | 2 | 32 M    | 0 | 69 a  | 1 | nieuw onderk.: 2           |
|   | 17 | IV  | 1 | 63 V    | 6 | 71 b  | 1 | vooraf bekend: 4           |
|   | 29 | V   | 1 | 48 P.I. | 1 | 28 bn | 1 | met aanknopingsp.: 2       |
|   | 26 | VI  | 2 | 47 A.I. | 5 | 59 c  | 1 | zonder aanknopingsp.: 4    |
|   |    |     |   |         |   | 40 cn | 1 | nieuw met aanknopingsp.: 0 |
|   |    |     |   |         |   | 18 cA | 1 |                            |

- . - van de 2 nieuw onderkende gevallen beide zonder aanknopingspunten.  
- het belang in groep A.I.  
-uitsluitend vrouwen

Tabel t.

62. Arthrosis deformans + Rheumatoide arthritis.  
(excl. aandoeningen van de wervelkolom).

Totaal aantal gevallen : 42

|     |    |     |    |    |      |    |    |    |    |
|-----|----|-----|----|----|------|----|----|----|----|
| HBH | 3  | I   | 1  | 32 | M    | 5  | 69 | a  | 23 |
|     | 3  | II  | 3  | 63 | V    | 37 | 44 | an | 9  |
|     | 17 | III | 6  | 48 | P.I. | 22 | 71 | b  | 6  |
|     | 17 | IV  | 11 | 47 | A.I. | 20 | 28 | bn | 3  |
|     | 26 | V   | 14 |    |      |    | 32 | ba | 1  |
|     | 29 | VI  | 7  |    |      |    |    |    |    |

nieuw onderkend: 12

vooraf bekend: 30

met aanknopingspunten: 33

zonder " : 9

nieuw met aanknopingsp.: 9

nieuw zonder " : 3

M.O. - Belang vooral klasse HBH I tot en met V

- Vooral bij vrouwen

- Alleen a en b bevindingen en vooral a.

- Slechts 3 van de nieuwe gevallen zonder aanknopingsp.

# bel u

, Aandoeningen van rug en wervels (arthrose + arthritis + osteoporose scoliose + lordose e.a.).

taal aantal gevallen : 19.

|           |   |         |    |       |                      |    |
|-----------|---|---------|----|-------|----------------------|----|
| 3.H. 3 II | 1 | 32 M    | 9  | 69 a  | 2 nieuw onderkend    | 11 |
| 17 III    | 2 | 63 V    | 10 | 44an  | 3 vooraf bekend      | 8  |
| 17 IV     | 3 | 48 P.I. | 7  | 71 b  | 3 met aankn.p.       | 9  |
| 29 V      | 4 | 47 A.I. | 12 | 28bn  | 3 zonder aankn.p     | 10 |
| 26 VI     | 9 |         |    | 23bAn | 2                    |    |
|           |   |         |    | 59 c  | 2 nieuw met aankn.p. | 6  |
|           |   |         |    | 40cn  | 2 nieuw zonder " "   | 5  |
|           |   |         |    | 18cA  | 1                    |    |
|           |   |         |    | 14cAn | 1                    |    |

), Ongeveer de helft der nieuwe gevallen heeft geen aanknopingspunten.

- meer dan 50 % zijn nieuw onderkend.
- het belang in de groep A.I.
- vooral mannen.

## bel v

Overige aandoeningen van het bewegingsapparaat.

taal aantal gevallen : 6 waarvan 1 pedes transversi plani  
 1 Bechterew  
 1 contractuur v.Dupuytren  
 2 flexie contracturen knie en heup  
 1 collum fractuur (oud)

|          |   |         |   |       |   |
|----------|---|---------|---|-------|---|
| 3.H. 3 I | 2 | 32 M    | 4 | 69 a  | 4 |
| 17 III   | 2 | 63 V    | 2 | 44 an | 1 |
| 29 V     | 2 | 48 P.I. | 6 | 71 b  | 1 |
|          |   | 47 A.I. |   |       |   |

I.O. - belang groep a  
 - vooral mannen  
 - alleen P.I.

nieuw onderkend : 1  
 vooraf bekend : 5  
 met aankn.p.:5  
 zonder " :1  
 nieuw zonder aankn.p. : 0

Tabel W.

65. Restgroep.

Totaal aantal gevallen 18 waarvan :

- 2 ondergewicht
- 1 koude extremiteiten
- 2 vergrote lymfeklieren
- 1 eczeem
- 2 contactdermatitis
- 1 moeheid
- 2 slaapstoornissen
- 4 verrucae seniles
- 1 seborhea
- 1 seniele dermatitis
- 1 tandvleescyste

|            |   |         |    |        |                      |
|------------|---|---------|----|--------|----------------------|
| H.B.H. 3 I | 1 | 32 M    | 8  | 69 a   | 2 nieuw onderkend: 1 |
| 3 II       | 1 | 63 V    | 10 | 59 c   | 5 vooraf bekend: 8   |
| 17 III     | 3 | 48 P.I. | 10 | 40 cn  | 9 met aankn.p.4      |
| 17 IV      | 2 | 47 A.I. | 8  | 18 cA  | 1 zonder aankn.p.: 1 |
| 29 V       | 6 |         |    | 14 cAn | 1 nieuw met aankn.p. |
| 26 VI      | 5 |         |    |        | nieuw zonder aankr   |

M.O. - Vooral nieuw onderkend en van deze slechts 1 met aanknopi  
punten.  
- Vooral c bevindingen.

Tabel x.

66. Sociale omstandigheden.

Totaal aantal gevallen : 4, waarvan 3 onaangepaste woning  
1 onaangepaste buurt

|               |   |         |   |        |   |             |
|---------------|---|---------|---|--------|---|-------------|
| H.B.H. 17 III | 1 | 32 M    | 0 | 69 a   | 1 | nieuw onder |
| 17 IV         | 1 | 63 V    | 4 | 44 an  | 2 |             |
| 29 V          | 1 | 48 P.I. | 4 | 23 bAn | 1 |             |
| 26 VI         | 1 | 47 A.I. | 0 |        |   |             |

M.O. alle aanknopingspunten, vooral nieuw onderkend, uitsluitend  
vrouwen. alleen klasse III tot en met VI H.B.H.

[ : Herwerking van de beoordeling van de vragenlijst als  
"meetlat" bij het toepassen van de funktiemethode.

---

at U zonder de hulp van anderen volgende handelingen  
voeren:

|                              | Ja | Neen | Graad van<br>functie | Opmerking<br>(verder<br>onderzoek) |
|------------------------------|----|------|----------------------|------------------------------------|
| Douchen                      |    |      | I                    |                                    |
| Kleden                       |    |      | II                   |                                    |
| Naar toilet gaan             |    |      | of                   |                                    |
| Bewegen                      |    |      | III (vlg. Katz       |                                    |
| Eten                         |    |      |                      | Fennis v. Zonneveld)               |
| <hr/>                        |    |      |                      |                                    |
| Aardappelen schillen (1) (2) |    |      |                      | (afgeleid van Fennis,              |
| Groenten schoonmaken (1) (2) |    |      |                      | van Zonneveld)                     |
| Tafel dekken + afruimen (2)  |    |      | IV                   | Voor klassificering                |
| Afwassen (2)                 |    |      |                      | moet de patient 3                  |
| Stof afnemen (2)             |    |      |                      | van de 5 activiteiten              |
|                              |    |      |                      | kunnen verrichten.                 |
| <hr/>                        |    |      |                      |                                    |
| Koken (1) (2)                |    |      |                      |                                    |
| Bed opmaken                  |    |      |                      |                                    |
| Stofzuigen                   |    |      |                      |                                    |
| Kolen scheppen (1) (3)       |    |      |                      | Voor klassificering                |
| Stoken (1) (3)               |    |      |                      | moet de patient 6                  |
| Wandelen in omgeving         |    |      | V                    | van de 10 activiteiten             |
| Boodschappen doen            |    |      |                      | kunnen verrichten                  |
| Bezoekjes afleggen           |    |      |                      |                                    |
| Kapper                       |    |      |                      |                                    |
| Op spreekuur komen           |    |      |                      |                                    |
| <hr/>                        |    |      |                      |                                    |
| Wassen + strijken (1) (2)    |    |      |                      |                                    |
| Pillen                       |    |      |                      |                                    |
| Ramen zemen (1) (2)          |    |      |                      | Voor klassificering                |
| Vloer dweilen (1) (2) (4)    |    |      |                      | moet de patient 6                  |
| Kleden kloppen (1) (2) (4)   |    |      |                      | van de 10 activiteiten             |
| Vuilnisbak uitzetten         |    |      | VI                   | kunnen verrichten.                 |
| Trappen lopen                |    |      |                      |                                    |
| Busreizen                    |    |      |                      |                                    |
| Treinreizen                  |    |      |                      |                                    |
| Pietsen                      |    |      |                      |                                    |



- (1) : Niet van toepassing in bejaardentehuis: te noteren als ja.
- (2) : Bij mannen te noteren als ja, indien deze handelingen uitgevoerd worden door echtgenote, pensionhoudster of vaste huishoudelijke hulp.
- (3) : Niet van toepassing van zodra de bejaarde de verwarming op gang kan houden, bijv. oliekachel, gasverwarming of centrale verwarming met stookolie; in deze gevallen mogen deze vragen onder "ja" genoteerd worden.
- (4) : Niet van toepassing indien de bejaarde op een of andere manier zelf de vloer kan rein houden, bijvoorbeeld met stofzuigen bij vaste vloerbekleding; in dit geval noteren onder ja.



## LITERATUUR

- BOELEN, K.W.G. en ZWANIKKEN, G.J. : Psychische stoornissen bij bejaarden Ned. Bibliotheek der Geneeskunde, deel 5, 1967, Leiden.
- BUTLER, R.N. - Research and clinical observations on the psychologic reactions to physical change with age. Clin. Proc. 22.10.57 (596-619)
- FENNIS, H.W.J.M. - Schattingen van somatische (in) validiteit bij de ouderwordende mens, T.N.O. Nieuws 22, 1970, 417-421.
- FULDAUER, A. - Bejaarden onderzoek in een huisartsenpraktijk, Proefschrift Leiden 1966 126p.
- Health needs and opinions in older adults- Social studies of health and sickness 1960.
- KATZ, S, e.a. - Illness in aged persons. J. of chron. diseases, 7, 1960, 332. Studies of illness in the aged. The index of ADL. J. of Am. Med. Ass. 185 (1964) 914.
- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Utrecht. Behoeftte aan bedden in verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden in de provincie Utrecht. 1967, 25p.
- SCHREUDER, J.Th.R. - Invaliditeit en inactivering. In: Geriatrie, aspecten van de gezondheidszorg voor bejaarden. Van Gorcum, Assen '61
- SLEESWIJK, J.G. - De Ouderdom- Ole Kognos, Amsterdam 439p.
- THOMPSON, M.K. - The manifestations and manegement of senility- J. of the Roy.Coll.of Gen.Prac. 1968, 15, 182-202.
- WESTREENEN, E.van - Huisarts en carcinoompatiënt- H.en W. '65-8-241.
- SONNEVELD, R.J. van - The health of the aged- van Gorcum, Assen, 1961.
- Wetenschappelijke Gerontologische Skrifter - Nr.11.

