

Hoe functioneren ouderen? Een studie vanuit de huisartspraktijk

J. De Lepeleire

Summary Problems with instrumental activities of daily living are important in the caring for elderly people, in general practice as well. Impairment in activities and instrumental activities of daily living may be important indicators for early dementia. This study explored how people aged 65 years and over in general practice are performing on four instrumental activities of daily living.

Method

General practitioners screened all people, aged 65 years and over, and meeting the inclusion criteria, they met during a period of one month. Personalia, instrumental activities of daily living and cognitive functioning were registered.

Results

Twentytwo general practitioners included 1003 persons, with a mean age of 75 year. The majority of this group (81.6%) was rather autonomous. The main cause of functional impairment were transport problems. Cognitive functioning and functional loss were correlated.

Conclusion

Elderly people in general practice function better than is generally assumed. This phenomenon has important consequences for training and functioning of GPs as to the evaluation of activities of daily living. The fundamental role of IADL assessment therefore needs attention in the professional development of GPs.

Samenvatting Problemen van Instrumentele activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL) zijn erg belangrijk bij de zorg voor ouderen, ook in de huisartspraktijk. Afwijkingen van de activiteiten in het dagelijkse leven (ADL) en de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven

(IADL) kunnen belangrijke indicatoren zijn voor vroege dementie. In deze studie werd nagegaan hoe personen ouder dan 65 jaar in de huisartspraktijk scoren op vier instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven.

Method

Huisartsen screenen alle personen ouder dan 65 jaar met wie zij contact hadden en die voldeden aan de inclusiecriteria. Personalia, Instrumentele activiteiten dagelijks leven en cognitief functioneren door middel van de Mini Mental State Examination werden bepaald.

Resultaten

Tweëntwintig huisartsen includeerden 1003 patiënten. De gemiddelde leeftijd was 75,1 jaar. De grote meerderheid (81,6%) was erg autonoom in het functioneren. De belangrijkste reden voor functieverlies waren verplaatsingsproblemen. Cognitief en functioneel verlies waren gecorreleerd.

Besluit

Oudere patiënten in een huisartspraktijk functioneren doorgaans beter dan wordt aangenomen. Dit gegeven heeft belangrijke implicaties voor de opleiding en het functioneren van huisartsen met betrekking tot het evalueren van activiteiten dagelijks leven. Omdat de beoordeling van IADL van essentieel belang is in de zorg voor ouderen, moet dit element meer aandacht krijgen in de opleiding en de praktijkvoering van huisartsen.

Keywords Instrumentele Activiteiten Dagelijks Leven · Huisartsgeneeskunde

Inleiding

In de zorg voor ouderen staat bevordering en behoud van onafhankelijk functioneren op de voorgrond. De laatste jaren is binnen het geneeskundig handelen de aandacht

J. De Lepeleire (✉)

Correspondentie: Prof. Dr. J. De Lepeleire, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Kapucijnenvoer 33 blok J 3000 Leuven, E-mail: jan.delepeleire@med.kuleuven.be

voor het functioneren dermate sterk geworden dat sommigen zelfs spreken van een paradigmaverschuiving.¹ Problemen van Instrumentele activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL) zijn erg belangrijk bij de zorg voor ouderen, ook in de huisartspraktijk. Afwijkingen van de activiteiten in het dagelijkse leven (ADL) en de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (IADL) kunnen belangrijke indicatoren zijn voor vroege dementie.² Ook in de recente herziening van de NHG Standaard Dementie wordt dit benadrukt.³ Een Franse studie toont dat evaluatie van vier instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven een belangrijk screeningsinstrument kan zijn voor dementie,^{4–6} wat in een ander onderzoek evenwel niet werd bevestigd.⁷ In België is de financiering van zorgbehoevende ouderen, zowel in de thuiszorg als in de residentiële sector, bijna volledig afhankelijk van de beoordeling van de dagelijkse activiteiten. Men gaat daarbij uit van de veronderstelling dat ouderen slecht functioneren in het dagelijks leven, daarvoor afhankelijk worden en vervolgens meer zorg behoeven. Sommige auteurs stellen dat een sociaal aftakelingsmodel zich heeft ingesteld: onder druk van de samenleving verliezen ouderen het geloof in hun eigen mogelijkheden, met atrofie van hun capaciteiten als gevolg.⁸ Leeftijdscriminatie, recent in dit tijdschrift aan de kaak gesteld, speelt hierin een belangrijke rol.⁹

Bij het nemen van medische beslissingen speelt de epidemiologie van aangeboden ziekten en problemen een essentiële rol.^{10–12} Een element van de klinische ervaring is de perceptie van het voorkomen en belang van problemen zoals die zich aandienen in de betrokken discipline. Met andere woorden, indien een probleem weinig frequent voorkomt in een niet ernstige vorm, is het mogelijk dat de klinische relevantie ervan onderschat wordt.

Deze drie redenen, met name het belang van IADL-beoordeling, de inschatting van zorgbehoefte en het belang van epidemiologische gegevens over IADL bij ouderen maken het zinvol na te gaan hoe personen ouder dan 65 jaar in de huisartspraktijk scoren op vier instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven. Daarbij werd onderzocht wat het verband is tussen een IADL-score en een cognitieve beoordeling.

Methodie

Recrutering van huisartsen

Huisartsen uit de regio Lier en dertien omgevende gemeenten (provincie Antwerpen, België), werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Gedurende één maand tussen juli en september 2000, screenden zij alle personen ouder dan 65 jaar met wie zij contact hadden en

die voldeden aan de inclusiecriteria met een streefcijfer van 50 patiënten per huisarts. Een vooronderzoek werd opgezet met vijf huisartsen om de procedure en het materiaal te testen.

Recrutering van patiënten

Inclusiecriteria: alle personen ouder dan 65 jaar die contact hadden met hun huisarts gedurende de studieperiode, voor om het even welke reden, werden gescreend.

Exclusiecriteria waren weigering tot deelname, verblijven in een rustoord, lijden aan dementie, en het hebben van een handicap met gevolgen voor het functioneren. De bepaling van dit criterium 'gevolgen voor het functioneren' was afhankelijk van het klinisch oordeel van de huisarts.

Gegevensverzameling

De gegevens werden per patiënt geregistreerd door middel van een palmcomputer gedurende de raadpleging of op huisbezoek. De gegevens werden geanonimiseerd verzameld door de huisarts. Aan het einde van de registratie werd de diskette opgehaald voor analyse.

Instrumenten

1. Personalialia: na opening van de datafile werden de persoonlijke gegevens als leeftijd, geslacht, aanwezige pathologie, medicatie en sociale situatie geregistreerd.
2. Vier-item IADL: de 4-item IADL-vragenlijst van Barberger-Gateau werd toegepast.⁴ Dit instrument geeft een beschrijving van verschillende niveaus van functioneren voor elk van de vier items genummerd van één tot vijf. Wanneer de patiënt twee of meer scoorde op een item werd hij gelabeld als afhankelijk voor dat item en werd de score 1 toegekend. Op deze manier werd een score (0 = onafhankelijk) of 1 (= afhankelijk) toegekend voor telefoongebruik, correct medicatiegebruik, vervoer en het afhandelen van de geldzaken. Het computersysteem gaf automatisch de totale IADL-score variërend tussen 0 en 4. In geval van een score = 1 werd de Mini Mental State Examination (MMSE) afgenomen tijdens of na een raadpleging. Bovendien werd bij iedere tiende patiënt met een score = 0, dit wil zeggen 'onafhankelijk voor alle items', ook een MMSE afgenomen.¹³ Op deze manier werd een controlegroep gevormd. In het geval van een score gelijk aan 4 werd de patiënt doorverwezen naar de specialist voor een ct-scan van de hersenen, een Camdex-N, klinisch en biochemisch onderzoek.

Tabel 1 MMSE score per IADL score. (IADL score = 0 is de controle groep) n = 189.

	IADL = 0n = 65	IADL = 1N = 52	IADL = 2N = 38	IADL = 3N = 20	IADL = 4N = 14
MMSE score					
Gemiddeld	26,3	25,4	23,9	20,5	14,6
Mediaan	27,0	26,0	24,0	22,0	17,0
St. dev.	2,2	3,6	3,1	5,1	7,4
Minimum	21	7	18	10	4
Maximum	29	29	29	27	24

3. Mini Mental State Examination (MMSE): de MMSE werd ontwikkeld als een gestandaardiseerde test om de cognitieve mentale status van patiënten in een psychogeriatrische afdeling te testen.¹³ Het instrument kan gebruikt worden voor screeningsactiviteiten of voor follow-up van patiënten. Het is de meest verspreide cognitieve test die kan bogen op uitgebreide ervaring en correlatieve en follow-up studies. De MMSE werd binnen de twee weken na het eerste contact afgenomen. Alle deelnemende huisartsen kregen een training voor het gebruik van de MMSE.
4. Camdex-N: is een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek waarin verschillende benaderingen werden gehanteerd.^{14,15} De Camdex-N werd afgenomen binnen de maand na verwijzing.

De gemiddelde leeftijd was 75,1 jaar (SD 6,8) gaande van 64 tot 100 jaar. De helft van de contacten bestond uit huisbezoeken. In een derde (35.1%) van de gevallen was een mantelzorger aanwezig. Eén op drie leefde alleen en 60% leefde nog samen met zijn/haar partner. Met betrekking tot IADL was de grote meerderheid (81,6%) totaal onafhankelijk. De IADL-scores 1 tot 4 waren 8,6%, 4,8%, 2,8% en 2.2% respectievelijk (zie figuur). Verplaatsings/transportproblemen waren de meest belangrijke reden voor het ontstaan van afhankelijkheid (tabel 2).

Een MMSE werd uitgevoerd voor 189 personen: 124 met IADL groter of gelijk aan 1 en 65 uit de controle-groep. Wanneer de IADL-score stijgt, daalt de MMSE score (zie tabel 1).

Oordeel dementie

De specialist maakte het oordeel over dementie na de evaluatie van de hierboven besproken instrumenten in overeenstemming met de DSM-IV criteria voor dementie.^{16,17}

Gegevensanalyse

De gegevens werden getransfereerd op een Excel spreadsheet en geïmporteerd in SAS (versie 6.12).

Ethische commissie - Informed consent

De ethische commissie van het Heilig Hart ziekenhuis te Lier keurde het protocol goed. Vanaf het ogenblik dat MMSE nodig was, werd een geschreven toelating van de patiënt of van zijn wettelijke vertegenwoordiger vereist.¹⁸

Resultaten

Tweëntwintig huisartsen includeerden gedurende één maand 1003 patiënten (gemiddeld 48, spreiding 9-72). De tabel en de figuur geven het aantal personen per score aan en de respectievelijke aantallen die een MMSE ondergingen (tabel 1 en figuur). De demografische gegevens tonen een overwicht van vrouwen (62%).

Discussie

Deze studiepopulatie van 1003 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 75 jaar is erg onafhankelijk, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht. Slechts 10% heeft hulp nodig om onafhankelijk te kunnen leven, 60% leeft nog altijd met zijn/haar partner. Dit positief imago wordt bevestigd in andere studies als de Leiden-85 plus studie.^{19,20} Zo woonde bijna de helft van de oudste ouderen zelfstandig en functioneerde ruim een kwart zonder gebruik van professionele hulp.¹⁹ Het wijd verspreide beeld van de geïsoleerde oudere die hulpbehoevend is, moet daarom dringend bijgesteld worden. Er is meer en meer evidentie in cohorten van ouderen dat verlies van onafhankelijkheid afneemt.²⁰ Het verschil tussen cijfers van epidemiologisch onderzoek en registraties in de huisartspraktijk is ook in andere domeinen, zoals bijvoorbeeld het voorkomen van depressie, duidelijk geworden.²¹ In de interpretatie moeten we nochtans rekening houden met het feit dat de meeste afhankelijke bejaarden (deze verblijvende in rustoorden, dementerenden en belangrijke handicap) werden uitgesloten. Van de vier IADL functies is transport het meest problematische. Dit kan veroorzaakt worden door neurologische (met exclusie van CVA), cardiovasculaire (hartfalen) en orthopedische problemen (artrose).

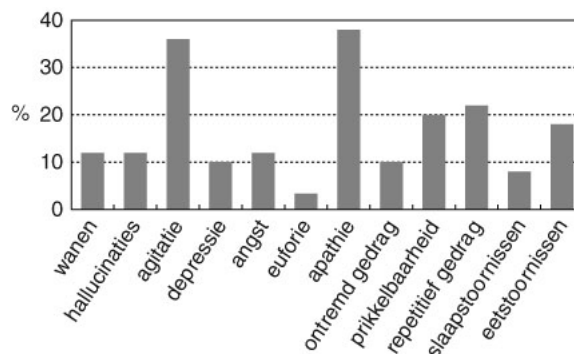
Tabel 2 Verdeling van de IADL-score per item en de totale score (N = 1003).

Telefoongebruik	
Afhankelijk	42 (4.2%)
Autonoom	959 (95.8%)
Missing	2
Verplaatsing	
Afhankelijk	146 (14.6%)
Autonoom	855 (85.4%)
Missing	2
Hanteren financiën	
Afhankelijk	107 (10.7%)
Autonoom	894 (89.3%)
Missing	2
Hanteren medicatie	
Afhankelijk	59 (5.9%)
Autonoom	941 (94.1%)
Missing	3
Total score (number of items dependent)	
0	816 (81.6%)
1	86 (8.6%)
2	48 (4.8%)
3	28 (2.8%)
4	22 (2.2%)
Missing/not done	3

Een vergelijking tussen de IADL-score en de MMSE levert zwakke diagnostische parameters maar toch een duidelijke relatie: toenemend cognitief verlies gemeten door een dalende score op de MMSE is gecorreleerd aan afname van IADL. Op deze wijze wordt bevestigd dat een functionele beoordeling een waardevolle bijdrage kan leveren in de stapsgewijze diagnostische procedure voor dementie.^{22–24} De verdeling van de scores op de IADL items was in overeenstemming met die uit de originele publicatie van Barberger-Gateau: score 4: 2.2% vs 2.9%, score 3: 2.8% vs 2.9%, score 2: 4.8 vs 6.2%. Voor de laagste scores was er een verschil: score 1: 8.6% vs 15.6%, score 0 81.6% vs 72.7%. De onderzoeksgroep bleek hiermee lichtjes meer onafhankelijk te zijn dan in de Franse studie.

België is bekend om zijn hoog aantal huisbezoeken door huisartsen.²⁵ Toch komt in deze studie zes patiënten op tien zonder begeleiding naar de raadpleging, wat een zich wijzigende tendens bevestigt.

In dit onderzoek kan het niet worden uitgesloten dat er een selectie was van deelnemende huisartsen die bijzonder geïnteresseerd zijn in ouderenzorg. Gegeven het kleine aantal, zijn veralgemeningen onmogelijk. Deze studie toont anderzijds aan dat met een eenvoudige, goed opgezette registratie heel wat belangrijke informatie kan worden verkregen omtrent de zorg voor ouderen.

**Figuur 1** Verdeling over de verschillende groepen.

Het theorema van Bayes is ongenadig: testen voor laag prevalentie aandoeningen (dit is met een lage voorkans) hebben een zwakkere diagnostische kracht dan dezelfde testen toegepast in settings met een hoge voorkans.²⁶ Met andere woorden, voor gerieters die dagelijks te maken hebben met patiënten die functioneel beperkt zijn is de perceptie van het voorkomen, het belang en de graad van problemen, symptomen, syndromen en ziekten verschillend van die van huisartsen. Als huisartsen de perceptie hebben dat de meeste ouderen waarmee ze contact hebben goed functioneren (wat in deze studie het geval was), is de implicatie van deze resultaten dat een eenvoudig element als de beoordeling van IADL, onvoldoende aandacht dreigt te krijgen. Omdat de beoordeling van IADL van essentieel belang is in de zorg voor ouderen, moet dit element dan ook meer aandacht krijgen in de opleiding en de praktijkvoering van huisartsen.

Met dank aan de deelnemende huisartsen:

Boons M, De Vadder K, Dieleman P, Franckx L, Gooris, Janssens H, Krekelberg F, Lembregts M, Maes W, Meersmans K, Nestor L, Pattyn P, Piryns J, Ponsaers B, Tamsin F, Van De Velde I, Vanden Eynde, Van Gils F, Van Hoof C, Van Kerkhoven H, Verbeke M, Verhelst W, Vermeersch A.

Literatuur

- Greenfield S, Nelson EC. Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care* 30:MS23, 1992.
- De Lepeleire J, Heyrman J, Buntinx F. The early diagnosis of dementia: triggers, early signs and luxating events. *Fam Pract* 15:431, 1998.
- Wind A, Gussekloo J, Vernooij-Dassen M, Bouma M, Boomsmal L, Boukes F. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap* 46:754, 2003.
- Barberger-Gateau P, Dartigues J, Letteneur L. Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia. *Age Ageing* 22:457, 1993.

- Barberger-Gateau P, Fabrigoule C, Helmer C. Functional impairment in instrumental activities of daily living : an early clinical sign of dementia? *JAGS* 47:456, 1999.
- Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M. IADL instrumental activities of daily living. Pfizer 1999.
- De Lepeleire J, Aertgeerts B, Umbach I , Pattyn P, Tamsin F, Nestor L, Krekelbergh F. The diagnostic value of IADL evaluation in the detection of dementia in general practice. *Aging Mental Health* 8:52, 2004.
- Kuypers J, Bengston V. Perspectives on the older family. In Quin, W. and Hugston, G., (eds.): *Independent aging: family and social system perspectives*. Rockville, Aspen Publications, 1984.
- Braam G. Zin en onzin over vergrijzing. Over discriminatie van ouderen, generatietegenstellingen en perspectieven. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 35:90, 2004.
- McWhinney I, Smith DH. Comparison of the diagnostic methods of family physicians and internists. *Journal of medical education* 50:264, 1975.
- McWhinney I. *A textbook of family medicine*. Oxford University press 7, 1997.
- Knottnerus JA, Leffers P. The influence of referral patterns on the characteristics of diagnostic tests. *J Clin Epidemiol* 45:1143, 1992.
- Folstein M, Folstein S , Mc Hugh P. 'Mini Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician? *J Psychiatr Res* 12:189, 1975.
- Roth M, Thym E, Mountjoy C, Huppert F, Hendrie H, Verma A, Goddard R. Camdex. A standardized instrument for the diagnosis of mental disorders in the elderly with special reference to the early detection of Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 149:698, 1986.
- Derix M, Teunisse S, Hijdra A, Wens L, Hofstede A, Walstra G. *et al.* De Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly. Lisse, Swets and Zeitlinger BV, 1992.
- American psychiatric association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. IV edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American psychiatric association: *DSM-IV Patiëntenzorg*. Lisse, Zwets en Zeitlinger Publishers, 1996.
- Buntinx F, De Lepeleire J. Ethische aspecten van epidemiologisch onderzoek bij bejaarden: consensustekst. *Tijdschr. voor Geneeskunde* 58:1642, 2002.
- Bootsma-Van der Wiel A, Westendorp R, Knook D. Dagelijks functioneren en zorggebruik onder personen van 85 jaar en ouder. *Ned Tijdschr Geneesk* 141:2170, 1997.
- Andrews G. Promoting health and function in an ageing population. *BMJ* 322:728, 2001.
- Buntinx F, De Lepeleire J, Heyrman J, Fischler B, Vander Mijnsbrugge D, Van Den Akker M. Diagnosing depression: what's in a name? *Eur J Gen Pract* 10:162, 2004.
- Eccles M, Clarke J, Livingstone M. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 317:802, 1998.
- Knafelc R, Giudic L, Harrigan S, Cook R, Flicker L, Mackinnon A, Ames D. The combination of cognitive testing and an informant questionnaire in screening for dementia. *Age Ageing* 32:541, 2003.
- De Lepeleire J, Heyrman J, Baro F, Buntinx F. A combination of tests for the diagnosis of dementia has a significant diagnostic value. *J Clin Epidemiol* 58:217, 2005.
- Van Royen P, De Lepeleire J. Home visits in general practice: an exploration by focus groups. *Arch Public Health* 60:371, 2002.
- Sackett DL, Haynes R, Guyatt G, Tugwell P. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Second Edition. Boston/Toronto/London Little, Brown and Company, 1991.