

# **Stand van zaken preventie en ouderen**

# **Stand van zaken preventie en ouderen**

Drs. T.M.L. Vorst-Thijssen  
W. Davidse, arts  
Drs. H.A.C. Dokter, projectleider

Achtergrondnota bij het advies Preventie en ouderen

Zoetermeer, september 1996



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Verslag inventarisatie preventie ouderenzorg</b>	<b>8</b>
	<i>Drs. T.M.L. Vorst-Thijssen</i>	
2.1	Inleiding	8
2.2	Zoekplaatsen	10
2.3	Bevindingen	10
2.4	Resultaten	16
2.5	Literatuur	55
<b>3</b>	<b>Stand van de wetenschap en de toekomst van pro-grammatische preventie in de ouderenzorg</b>	<b>61</b>
	<i>W. Davidse, arts</i>	
3.1	Inleiding	61
3.2	Bespreking van de vijftien onderwerpen	63
3.3	Enkele conclusies	100



## 1 Inleiding

Deze achtergrondnota hoort bij het advies Preventie en ouderen. Dit advies is vastgesteld door de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) in zijn vergadering van 8 juli 1996. Om de vragen van de staatssecretaris van VWS mevrouw E. Terpstra in dit advies te kunnen beantwoorden, was het nodig een beeld te hebben van de stand van zaken en van de toekomstmogelijkheden van preventie in de ouderenzorg. Wat is er gebeurd in de afgelopen periode aan preventie in de ouderenzorg, zijn er lacunes en wat kan de toekomst brengen, gezien de stand van de wetenschap?

Om achter de stand van zaken te komen is een inventarisatie gemaakt van de preventie-projecten en -activiteiten in de ouderenzorg in de afgelopen periode. Hierbij is uitgegaan van de twintig gezondheidsproblemen bij ouderen die zich lenen voor een preventieve aanpak. Deze lijst luidt als volgt (zie ook advies Preventie en ouderen):

### *A Aandoeningen/stoornissen:*

- 1 griep;
- 2 difterie, tetanus en polio;
- 3 diabetes type II;
- 4 hart- en vaatziekten;
- 5 kanker van baarmoederhals, borst of prostaat;
- 6 osteoporose;
- 7 depressie / suïcide;
- 8 dementiesyndroom;
- 9 angststoornissen;

### *B (Functie)beperkingen en handicaps op het terrein van:*

- 10 horen;
- 11 zien;
- 12 gebitsproblematiek;
- 13 mobiliteit, inclusief immobiliteit (decubitus);
- 14 continëntie;
- 15 medicijngebruik;
- 16 veiligheid (alarmering, preventie ongevallen);
- 17 hygiëne;
- 18 zelfredzaamheid en zelfzorg;
- 19 sociaal netwerk (vereenzaming en sociaal isolement);
- 20 ouderenmishandeling.

Een inventarisatie maken van de stand van zaken is geen eenvoudige opgave. Er zijn immers een heleboel instellingen

bezig met de uitvoering van preventieprogramma's, projecten en activiteiten: de thuiszorg, de huisartsen, de GGD'en, de RIAGG's, de ouderenzorg, het gecoördineerd ouderenwerk, de ouderenbonden, categorale patiëntenorganisaties, etc. Ook zijn er diverse instellingen die registraties bijhouden over wat er gebeurt op dit terrein, zoals het Praeventiefonds, het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (het voormalige Landelijk Centrum GVO), de Stichting Consument en Veiligheid, etc. In de inventarisatie is per gezondheidsprobleem zoveel mogelijk nagegaan welke preventieprogramma's, projecten en activiteiten er worden ondernomen; tevens is informatie opgenomen over onder andere de initiatiefnemers, de uitvoerders, de deelnemers, de kosten, de doelgroep en het resultaat van deze projecten en activiteiten.

Om erachter te komen of er lacunes zijn in het preventiebeleid voor ouderen in Nederland en waar die lacunes zich dan voordoen is TNO-PG gevraagd om voor veertien onderwerpen uit de lijst van gezondheidsproblemen een aantal vragen te beantwoorden. Bekeken is welke cijfers bekend zijn over de omvang van het gezondheidsprobleem, wat de stand van de wetenschappelijke kennis hierover is en wat er in het buitenland aan gebeurt. TNO is verzocht voor veertien van de twintig gezondheidsproblemen de bovenstaande vragen te beantwoorden. De reden hiervoor is een pragmatische, er is naar gestreefd zoveel mogelijk de sterke kanten van TNO-PG te benutten, mede in verband met de beschikbare tijd en middelen.

Het benodigde materiaal voor de overige zes gezondheidsproblemen is verzameld in nauw overleg met de leden van de door de RVZ ingestelde voorbereidingscommissie voor het advies Preventie en ouderen. Tevens hebben diverse andere deskundigen in het land concept-teksten aangevuld en verbeterd op basis van hun kennis. De voorbereidingscommissie stelde, gebruikmakend van het materiaal uit diverse zoektochten, in drie vergaderingen een concept advies op. De resultaten van de diverse zoektochten zijn in gecomprimeerde vorm opgenomen in bijlage 4 van het advies Preventie en ouderen. Deze achtergrondnota is dan ook in de eerste plaats de verantwoording voor de inhoud van deze bijlage. In de tweede plaats is de nota bedoeld voor de geïnteresseerde lezer die zich nader wil informeren over de stand van zaken en de toekomstverwachtingen voor preventie in de ouderenzorg.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van de inventarisatie. Dit hoofdstuk is geschreven door mevrouw drs. T.M.L. Vorst-Thijssen, als projectmedewerker verbonden aan de Raad voor het inventarisatieonderzoek. Uiteengezet wordt wat de vragen bij de inventarisatie waren, waar gezocht is en wat dit opleverde. Deze gegevens zijn opgeslagen in twee databases, één van de gevonden projecten, en één van de gevonden activiteiten. De resultaten, in de vorm van verschillende tabellen, staan in paragraaf 2.4. Het hoofdstuk wordt besloten met een overzicht van de geraadpleegde literatuur.

Hoofdstuk 3 geeft de resultaten weer van het onderzoek naar de cijfers, de stand van de wetenschappelijke kennis en van de eventuele lacunes op het terrein van de programmatische preventie in de ouderenzorg voor 14 gezondheidsproblemen. Elke beschrijving per gezondheidsprobleem wordt afgesloten met een literatuuroverzicht. Dit hoofdstuk is geschreven door de heer W.Davidse, arts, werkzaam bij TNO-PG. Per onderwerp wordt een literatuuroverzicht gegeven.

Er worden geen slotopmerkingen gemaakt; zoals eerder gezegd, hoort deze nota bij het advies Preventie en ouderen. In dit advies zijn dan ook de conclusies uit het hier gepresenteerde materiaal opgenomen in de vorm van beleidsaanbevelingen. Deze aanbevelingen van de RVZ staan in hoofdstuk 4 van het genoemde advies.



## 2 Verslag inventarisatie preventie ouderenzorg

*Drs. T.M.L. Vorst-Thijssen*

### 2.1 Inleiding

In dit onderzoeksverslag wordt aangegeven hoe er gewerkt is aan het beantwoorden van de volgende vragen.

- 1 Welke preventieprogramma's zijn voor ouderen ontwikkeld in de afgelopen 10 jaar?
- 2 Wie waren/zijn de deelnemers?
- 3 Wie is/zijn de uitvoerders?
- 4 Wat zijn de kosten?
- 5 Is er een doelgroep bepaald?
- 6 Zo ja hoe is die doelgroep gedefinieerd?
- 7 Is er omschreven welk resultaat men met het preventieprogramma wil bereiken?
- 8 Is er iets bekend over de bereikte resultaten van het preventieprogramma?
- 9 Zo ja: wat en hoe? Is er bijvoorbeeld een onderzoek geweest/gaande naar de effectiviteit van het preventieprogramma?

De antwoorden op deze vragen zijn neergelegd in de tabellen in paragraaf 2.4.

Als leidraad bij het zoeken naar de antwoorden is de lijst met aandoeningen/stoornissen en (functie)beperkingen en handicaps (zie Inleiding) die veelvuldig bij ouderen voorkomen en die zich mogelijk lenen voor programmatische preventie, zoveel mogelijk aangehouden.

Bij het onderzoek is als werkdefinitie onderscheid gemaakt tussen *projecten* en *activiteiten*. Met projecten wordt bedoeld de voorbereiding, de uitvoering en de effectmeting van programmatische preventie voor ouderen. Hieronder vallen ook de wetenschappelijke onderzoeken en experimenten die als doel hebben kennis te ontwikkelen om programmatische preventie te kunnen opzetten. Over de projecten zijn op de volgende items gegevens verzameld:  
- het gezondheidsprobleem ('ziektebeeld');

Stand van zaken preventie en ouderen

- de opdrachtgever;
- de financier;
- de kosten;
- de projectfase;
- of er al dan niet sprake is van facetbeleid;
- wat de doelgroep is;
- een specificatie van de doelgroep;
- welke leeftijd de doelgroep heeft;
- wie de uitvoerders zijn;
- hoeveel personen aan het project deelnemen;
- of het om primaire, secundaire of tertiaire preventie gaat;
- wat het soort product is;
- de looptijd van het project;
- of het project extra of intramuraal wordt uitgevoerd;
- het niveau van de uitvoering: lokaal, regionaal, landelijk;
- wat de preventie-methodiek is;
- het bereikte resultaat;
- de bron;
- referentie-nummer;
- het soort project;
- het beoogde resultaat;
- of er een evaluatie is geweest.

Met *activiteiten* wordt alles bedoeld wat in het veld/aan de basis daadwerkelijk is ontwikkeld of uitgevoerd als preventie voor ouderen, inclusief kleinschalig onderzoek. Dit onderzoek beperkt zich tot de betreffende activiteit. Deze *activiteiten* zijn zoveel mogelijk geïnventariseerd en geteld. Over de activiteiten zijn op de volgende items gegevens verzameld:

- het betreffende gezondheidsprobleem ('ziektebeeld');
- de uitvoerders;
- het niveau van de uitvoering: lokaal, regionaal, landelijk;
- de doelgroep;
- een specificatie van de doelgroep;
- het aantal personen;
- het aantal activiteiten;
- het doel van de activiteiten;
- het soort activiteit;
- of er een evaluatie is geweest;
- de looptijd van de activiteit;
- de bron.

Het inventarisatieonderzoek levert geen compleet beeld op van alle (programmatische) preventie projecten en activiteiten die

op het terrein van de preventie voor ouderen in de afgelopen 10 jaar hebben plaatsgevonden. Deze pretentie kan het niet waarmaken. Oorzaak hiervan is dat voor 1990 bij de meeste zoekplaatsen gegevens over preventie voor ouderen niet of niet als zodanig werden geregistreerd. Het onderzoek moet derhalve gezien worden als een weergave van 'te state of the art' van hetgeen er de afgelopen jaren op het gebied van de preventie in de ouderenzorg heeft plaatsgevonden en nog plaatsvindt.

## 2.2 Zoekplaatsen

Als zoekplaatsen voor preventie projecten zijn gebruikt:

- beleidsnota's van de overheid, werkprogramma's van de Tweede Kamer en begrotingen van VWS;
- jaarverslagen van het Preventiefonds;
- materiaal van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en van het SWIDOC;
- materiaal van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW);
- materiaal van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT);
- materiaal van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) (o.a. het voormalige landelijk centrum GVO);
- materiaal van de Stichting Consument en Veiligheid (SCV);
- materiaal van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- materiaal van de Ouderenbonden;
- materiaal van de Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- materiaal van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG);
- materiaal vanuit enkele categoriale patiëntenverenigingen.

## 2.3 Bevindingen

### *Materiaal van de overheid*

Beleidsnota's van de overheid bevatten algemene beschouwingen en geven weer welke voornemens er zijn met betrekking tot de preventie voor ouderen, welke adviezen aangevraagd worden en welk onderzoek wordt bevorderd en gestimuleerd. In de volgende nota's zijn meer of minder concrete projecten en

subsidietoekenningen gevonden:

- Integraal Actieprogramma van de nota Ouderenbeleid 1995-1998
- Gezond en Wel in het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998
- Preventie en veroudering, deelnota van Ouderen in Tel, Tweede kamer 1990.
- Voortgangsrapportage Ouderen in Tel.

#### *Verslagen Praeventiefonds 1985 t/m 1994*

De verslagen van het bestuur van het Praeventiefonds vermelden alle onderzoeken en andere preventieve projecten of activiteiten waaraan het jaar ervoor subsidie is verleend. Opgenomen zijn de onderzoeken en de GVO-activiteiten die gesubsidieerd zijn voor ouderen. Deze onderzoeken bevatten doorgaans alle voor deze inventarisatie benodigde gegevens. Bovendien is in het eindverslag naderhand te lezen wat het resultaat ervan geweest is. Uit deze jaarverslagen zijn een kleine honderd projecten opgenomen in de database.

#### *Het NIVEL*

Deze organisatie heeft helaas na 1985 geen 'Overzichtstudies onderzoek eerste lijn' meer uitgebracht. Wel houden ze de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (RWO) bij, waarin een search gedaan is onder de trefwoorden preventie en ouderen. Dit leverde enkele tientallen onderzoeken op die, voorzover relevant, in de database zijn opgenomen. Dit materiaal, tezamen met dat van het SWIDOC, dat ook is bekeken, geeft ons inzicht in wat er door de verschillende universiteiten is ondernomen en wordt ondernomen op het terrein van de ouderenpreventie. We hebben de indruk dat dit beeld niet compleet is en dat met name de projecten die de universiteiten uit hun eigen onderzoeksbudgetten financieren in de database ontbreken.

Het NIVEL beheert tevens een bestand waarin projecten zijn opgenomen die zich richten op verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit bestand is niet bekeken op projecten die programmatische preventie in de ouderenzorg nastreven. Bij een eerste zoektocht hierin leken de kosten in dit geval niet tegen de baten op te wegen.

#### *Het NIZW*

In de publicatielijsten van 1989 tot 1996 is gekeken naar

relevante projecten en activiteiten. Deze zijn in beide databases opgenomen. Tevens zijn uit het 'Implementatie-programma Ouder worden: Gezond en wel' een aantal projecten in de database opgenomen. Verder heeft het NIZW in de loop der jaren ook preventieve projecten of activiteiten verricht in samenwerking met de thuiszorg. Deze zijn opgenomen in de telling van de LVT.

#### *De LVT*

Na de verzelfstandiging van de kruisverenigingen is het WAS-registratiesysteem geheel in onbruik geraakt en is er vanuit de LVT nauwelijks zicht meer op preventieve activiteiten vanuit het kruiswerk in het veld. Dit houdt in dat over preventie voor ouderen in de thuiszorg van na 1990 door de LVT heel weinig te zeggen is. In het verslag van een onderzoek uit 1988 naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden staat wel iets over preventieve huisbezoeken aan ouderen. Uit dit verslag blijkt dat er in de wijk ook tijdens de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wel iets aan secundaire en tertiaire preventie wordt gedaan. De mate van activiteit was sterk afhankelijk van de lokatie. Om een idee te geven de volgende cijfers. Een kwart van de wijkverpleegkundigen en ruim 40% van de wijkziekenverzorgenden legde wel preventieve huisbezoeken aan ouderen af. De frequentie lag echter niet hoog, namelijk 3 tot 6 bezoeken in 8 weken (de registratieperiode uit het onderzoek). Dit betekent dat twee/derde van de deelnemers aan de steekproef geen preventief huisbezoek aflegde. Hiervan meldde 20% dat ze er geen tijd voor hadden (Vorst-Thijssen e.a. 1988). Dit beeld schijnt in de laatste jaren alleen maar te zijn versterkt.

Wel wordt er sinds enkele jaren een inventarisatie bijgehouden van alle activiteiten op het terrein van onderzoek en ontwikkeling. Het eerste verslag van deze inventarisatie is verschenen in 1994 en beslaat enkele jaren. Het blijkt dat een groot deel van deze ontwikkelingsprojecten voor ouderen zeker als preventieve activiteit kan worden gekenschetst (n= 143). Om enig inzicht te geven van de diversiteit van de activiteiten is de volgende samenvatting gemaakt.

Op het terrein van *dementie en verward gedrag* (n=38) zijn geteld:

- 6 onderzoeksactiviteiten,
- 17 activiteiten die praktische ondersteuning bieden aan dementerenden,
- 9 activiteiten die ondersteuning bieden aan mantelzorgers van dementerende ouderen,
- 2 activiteiten die voorlichting over dementie of dementioneel gedrag aan een breed publiek beogen en
- 4 activiteiten die zich richten tot de professionele hulpverleners van dementerenden.

Op het terrein van het *voorkomen of doorbreken van sociaal isolement en vereenzaming* zijn 9 activiteiten geteld.

Ter voorkoming van *depressie en suicide* bij ouderen zijn 3 activiteiten geteld.

Op het terrein van de *veiligheid in en om de woning* zijn 40 activiteiten geteld, inbegrepen de woonzorgprojecten voor ouderen (n=36).

Op het terrein van het *stimuleren van zelfzorg / het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid en de zelfstandigheid van ouderen* (n= 52) zijn:

- 2 voorlichtingsactiviteiten geteld,
- 35 activiteiten die zich richten op integrale thuiszorg
- 15 substitutieactiviteiten.

Eén activiteit doet aan *decubituspreventie*.

#### *Het NIGZ*

Het NIGZ houdt sinds 1990 bij welke preventieve activiteiten voor ouderen bij de RIAGG's in het land worden uitgevoerd. Hierover zijn in 1991 en 1995 publicaties verschenen. Voor deze inventarisatie hebben we ons beperkt tot de meest recente publicatie. Hieruit is alles over preventie en ouderen opgenomen. Het NIGZ overzicht is systematisch beschreven, het bevat naast doelstellingen ook activiteiten die binnen een project gepland zijn. Om enig inzicht te geven van de diversiteit van de activiteiten is de volgende samenvatting gemaakt.

Op het terrein van *dementie en verward gedrag en vergeetachtigheid* (n=170) zijn geregistreerd:

- 22 onderzoeksactiviteiten;
- 25 activiteiten die praktische ondersteuning bieden aan dementerenden;
- 62 activiteiten die ondersteuning bieden aan mantelzorgers

- van dementerende ouderen;
- 3 activiteiten die vrijwilligers trainen of begeleiden in de zorg voor dementerenden;
- 13 activiteiten die voorlichting over dementie of dementie-gegedrag aan een breed publiek beogen;
- 45 activiteiten die zich richten tot de professionele hulpverleners van dementerenden.

Op het terrein van het *voorkomen of doorbreken van sociaal isolement en vereenzaming (n=123)* zijn geregistreerd:

- 24 onderzoeksactiviteiten;
- 69 activiteiten die beogen het sociaal isolement te voorkomen of te doorbreken;
- 19 activiteiten die het geestelijk welzijn van ouderen verhogen;
- 1 activiteit die beoogt de omgeving te enthousiasmeren tot het verlenen van steun aan weduwen;
- 10 activiteiten die zich richten op hulpverleners (voorlichting/cursus/consultatie).

Ter voorkoming van *depressie en suicide (n=53)* bij ouderen zijn geteld:

- 18 onderzoeksactiviteiten;
- 23 activiteiten die beogen het vroegtijdig onderkennen van de symptomen van depressie bij 65+ers te verbeteren;
- 3 activiteiten die de mantelzorg informeren;
- 1 activiteit ter voorkoming van psychiatrische problematiek bij ouderen;
- 8 activiteiten die zich richten tot de hulpverleners van ouderen met psychiatrische problematiek.

Ten slotte zijn er 3 activiteiten geteld die over *medicijngebruik* gaan en 32 activiteiten die *algemene (a)ggz problematiek* bij ouderen willen aanpakken.

Ook houdt het NIGZ bij wat de GGD'en doen aan gedragsgerichte preventie. Uit deze gegevens is nagegaan welke gedragsgerichte preventie aangrijpt op de twintig gezondheidsproblemen van ouderen. In totaal zijn hier 16 projecten en 23 activiteiten geteld. Van de projecten richten zich er 8 op de preventie van borstkanker, 1 op het dementiesyndroom, 1 op medicijngebruik, 1 op veiligheid, 1 op zelfredzaamheid en zelfzorg en 4 op sociaal netwerk (vereenzaming). Van de activiteiten richt zich er 1 op osteoporose, 5 richten zich op het

dementiesyndroom, 2 op gebitsproblematiek, 1 op mobiliteit, 2 op medicijngebruik, 3 op ongevallen, 5 op zelfredzaamheid en zelfzorg en 4 op sociaal netwerk (vereenzaming).

#### *De SCV*

Deze Stichting onderneemt, vaak in samenwerking met anderen, veel activiteiten voor ouderen bijvoorbeeld rondom de thema's wonen, vallen en veiligheid. Activiteiten die betrekking hebben op ongevallen/veiligheid in en om de woning en op alarmering en andere veiligheidstechnologie in de thuissituatie zijn opgenomen in de database.

Op het terrein van de *veiligheid* ( $n=42$ ) is een breed scala aan met name voorlichtingsactiviteiten (boeken, checklists, evaluatieverslagen, voorlichtingsbrochures, diaserie, videobanden) geteld over woonvormen in het algemeen ( $n=11$ ) en het voorkomen van ongevallen in het bijzonder ( $n=29$ ). Op het terrein van alarmering zijn 2 voorlichtingsactiviteiten geteld.

#### *Het NHG*

De door de NHG ontwikkelde standaarden bevatten vaak ook informatie over preventie, de één meer dan de ander. De standaard over de influenzavaccinatie is opgenomen in de database, evenals alle standaarden die iets over preventie zeggen van de twintig gezondheidsproblemen.

#### *De ouderenbonden*

Het door de diverse ouderenbonden opgestuurde materiaal is zoveel mogelijk opgenomen in de database; niet al het materiaal bereikte ons echter op tijd.

#### *De stichting MBvO*

Deze stichting registreert hoeveel activiteiten er plaatsvinden in het kader van meer bewegen voor ouderen en hoeveel ouderen er aan meedoen. De gegevens van deze stichting over de jaren vòòr 1994 zijn opgenomen in de database. De cijfers over 1994 en 1995 zijn inmiddels bekend, maar konden niet meer in de database worden verwerkt. Daarom geven we ze hier: het aantal ouderen dat wordt bereikt in 1995 is bijna 300.000, in zo'n 14.000 groepen met een scala aan activiteiten.

#### *De VNG*

Van de VNG is een uitdraai ontvangen van projecten en activiteiten die bij hen bekend zijn op het terrein van de



ouderenzorg. De uitdraai is bekeken en er is een selectie gemaakt voor de database.

#### *Enkele categoriale patiëntenverenigingen*

Na een eerste beschouwing van de gegevens in de database is een gerichte search uitgevoerd bij een drietal categoriale patiëntenverenigingen. De gegevens in de database zijn aangevuld met materiaal van de Alzheimer stichting, het Diabetes Fonds Nederland en de Diabetes Vereniging Nederland. Reden om juist deze patiëntenverenigingen te raadplegen was de omvang van deze gezondheidsproblemen bij ouderen. Deze keuze is echter arbitrair: want ook bij andere gezondheidsproblemen zou een nadere search wellicht meer hebben opgeleverd. Waarom zijn bijvoorbeeld de Nederlandse Hartstichting en patiëntenverenigingen van slechthorenden en slechtzienenden niet ook geraadpleegd? Uiteindelijk waren het pragmatische redenen van beschikbare tijd en middelen die maakten dat we hieraan niet meer zijn toegekomen.

## **2.4 Resultaten**

De gegevens uit de projecten en de activiteiten zijn bijeengebracht in twee databases. De gegevens uit deze databases worden hieronder in diverse tabellen getoond. Deze tabellen geven het antwoord op de onderzoeksvragen uit paragraaf 2.1. De lege cellen in de tabellen betekenen dat er op het betreffende item geen gegevens zijn gevonden.

In de eerste plaats is een overzichtstabel gemaakt van het totaal aantal projecten en activiteiten per database (*tabel a*).

In de tweede plaats is per database een uitdraai gemaakt van alle projecten en activiteiten geordend naar de gezondheidsproblemen in alfabetische volgorde. Deze tabellen geven weer welke preventieprojecten (*tabel b*) en welke preventieactiviteiten (*tabel c*) er voor ouderen in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld en om wat voor soort projecten het gaat (onderzoeksvraag 1), wat de doelgroep is (onderzoeksvraag 5) en wie de uitvoerders zijn (onderzoeksvraag 3). Tevens is voor de projecten aangegeven wie de financier is en bij de activiteiten is het aantal vermeld. Dit getal geeft alleen weer om hoeveel verschillende activiteiten het gaat; onbekend is hoeveel personen eraan hebben deelgenomen. Dit is alleen bekend bij

de activiteiten van Meer Bewegen voor Ouderen. De doelgroep bij de projecten en activiteiten is divers, dat zijn niet alleen ouderen, het kunnen ook de hulpverleners of de mantelzorgers van die ouderen zijn. In die gevallen gaat het meestal om voorlichting, ondersteuning of deskundigheidsbevordering.

In de derde plaats is een weergave gemaakt van wat er per gezondheidsprobleem plaatsvindt aan projecten en activiteiten. Voor 18 gezondheidsproblemen zijn preventie-projecten gevonden en voor 11 gezondheidsproblemen zijn preventie-activiteiten geregistreerd. Welke dat zijn, staat in 29 deeltabellen (*tabellen d*).

In de vierde plaats wordt alleen van de projecten een tabel getoond met antwoorden op de vragen 2, 4 en 6. *Tabel e* laat van de preventieprojecten zien welke specificatie er van de doelgroep gemaakt wordt (onderzoeksvraag 6), hoeveel personen aan het project deelnemen (onderzoeksvraag 2), welke preventiemethodiek wordt toegepast en wat de kosten zijn (onderzoeksvraag 4).

Ten slotte is, eveneens alleen van de projecten, een tabel (*tabel f*) opgenomen die laat zien wat het beoogde resultaat is (onderzoeksvraag 7), wat het soort product is en het bereikte resultaat (onderzoeksvraag 8) en of er een evaluatie is geweest (vraag 9).

Degenen die geïnteresseerd zijn in meer informatie, kunnen zich voor een complete uitdraai van alle items per database wenden tot het secretariaat van de RVZ.

*Tabellen uit de databases*

Tabel a: overzicht

Tabel b: preventieprojecten, antwoord op de onderzoeksvragen 1, 3 en 5;

Tabel c: preventieactiviteiten, antwoord op de onderzoeksvragen 1, 3 en 5;

Tabel d: alle gezondheidsproblemen apart (29 deel-tabellen)

Tabel e: preventieprojecten, antwoord op de onderzoeksvragen 2, 4 en 6;

Tabel f: preventieprojecten, antwoord op de onderzoeksvragen 7, 8 en 9.



## 2.5 Literatuur

Alzheimerstichting. *Jaarverslag 1994*. Alzheimerstichting, 1995.

Barker, R.A. *Improving the health of older people: a world view*. The role of geriatric medicine. Oxford: Oxford University Press WHO.

Brinkman, J. en Mante, E.A. Ouderen over technologie: gebruik, gebruikersgemak, interesse en toegekend nut. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1995, nr.26.

Bruin, K.M. de. *Osteoporose in Nederland*. Bilthoven: RIVM, 1995.

Bruin, K.M. de, Jansen, J. en Verkleij, H. *Leeftijdscfactoren en chronisch ziek(t)en. Naar een integratieve preventie strategie* Bilthoven: RIVM 1995.

Buitenhuis, M.L. *AGGZ-preventie en ouderen*. Landelijke Ondersteuning preventie-ggz, 1991.

Buitenhuis, M. en Smit, H. *Overzicht van Riagg-preventie projecten voor ouderen*. Utrecht: LC GVO, 1995

Dagelijks bestuur GGD Midden-Brabant. *Voorjaarsnota 1996*. GGD, 1996.

Diabetesfonds Nederland. *Jaarverslag 1992*. DFN, 1993.

Diabetesfonds Nederland. *Jaarverslag 1993*. DFN, 1994.

Diabetesfonds Nederland. *Jaarverslag 1994*. DFN, 1995.

Diabetesvereniging Nederland. *Jaarverslag 1994*. DVN, 1995.

Driest, P. en Zoutman, R. *Het verbroken contact hersteld*. Gemeentelijk welzijnsbeleid en sociaal isolement. Utrecht: NIZW/LCGW, 1995.

Illing, B. en Hertog, P. den. *Veilig 55+*. *De veiligheidsbeleving van senioren*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.

Kwaliteits Instituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing.  
*Kitz-nieuws*, 1995, nr. 1.

Kwaliteits Instituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing.  
*Kitz-nieuws*, 1995, nr. 2.

Kwaliteits Instituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing.  
*Kitz-nieuws*, 1996, nr. 3.

Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.  
*Overzicht van Riagg-preventie projecten voor ouderen* Utrecht:  
LC GVO, 1991.

Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.  
*Activiteitenplan 1989*. Utrecht: LCGVO, 1988.

Landelijk Centrum Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.  
*Activiteitenplan 1996*. Utrecht: LCGVO, 1996.

Landelijke Ondersteuning Preventie-ggz. *Voorzorg*. Utrecht:  
LC GVO, 1995, nieuwsbulletin nr. 10.

Landelijke Vereniging MBvO. *Oudfit*, 1994, nr. 2.

Landelijke Vereniging Thuiszorg. *Inventarisatie onderzoeks &  
ontwikkelingsprojecten thuiszorg*. Bunnik: LVT, 1994.

Landelijke Vereniging Thuiszorg. *Inventarisatie onderzoeks &  
ontwikkelingsprojecten thuiszorg*. Bunnik: LVT, 1996.

Leeuw, E. de. Health promotion: een integrale beleidsvisie op  
gezondheid. *GVO/preventie* jaargang 8, maart 1987.

Linnemann, M.A. en Leene, G.J.F. Eenzaamheid onder  
hoogbejaarden en de interventiemogelijkheden van hulpverle-  
ners in de eerste lijn. *Tijdschrift voor Gerontologie en  
Geriatricie*, 1991, nr. 21.

Linschoten, C.P. van en Heuvel, W.J. van den. GVO/Preventie  
voor ouderen. Aanknopingspunten voor beleid. *Tijdschrift voor  
Gezondheidsbevordering*, 1989, nr. 2.

Mandemaker, T., Pruyn, J. en Jonkers-Kuiper, L. *Continuïteit  
van patiëntenvoorlichting*. Een verkennende studie. Utrecht:

NIZW IVA, 1990.

Ministerie van VWS. *Gezond en wel: het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1995.

Ministerie van WVC. *Veroudering en preventie*. Behorend bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.

Ministerie van WVC. *Ouderen in tel*. Voortgangsrapportage. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1993.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *Lokaal zorgbeleid in beeld. Inventarisatie lokaal zorgbeleid voor chronisch zieken* Symposium Lokaal Zorgbeleid. Zoetermeer: NCCZ 1995.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *Overzicht ontwikkelingsprojecten chronisch zieken 1991-1995*. Zoetermeer: NCCZ 1995.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *Effectiviteit van interventies ter beïnvloeding van de leefstijl van chronisch zieken*. Onderzoek overzicht 1985-1992. Zoetermeer: NCCZ, 1995.

Nationale Commissie Chronische Zieken. *Lokaal zorgbeleid in beeld*. Inventarisatie lokaal zorgbeleid, gemeenten en zorgbeleid. Zoetermeer, NCCZ, 1995.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. *Werkprogramma 1995*. Zoetermeer: NCCZ, 1994.

Nationale Kruisvereniging. *Zorgen voor gezond ouder worden: preventieve ouderen- zorg door het kruiswerk*. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1988.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Ontwikkeling van GVO*. Zoetermeer: NRV, 1989.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies Versterking van de preventie in de eerstelijnszorg*. Zoetermeer: NRV, 1992.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Overzicht NIZW-*

*publicaties*. Utrecht: NIZW 1991.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Overzicht publikaties en video's van het NIZW*. Utrecht: NIZW, februari 1992.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Overzicht publikaties en video's van het NIZW*. Utrecht: NIZW, najaar 1992.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Overzicht publikaties en video's van het NIZW*. Utrecht: NIZW, voorjaar 1993.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Overzicht publikaties en video's van het NIZW*. Utrecht: NIZW, najaar 1993.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. *Overzicht publikaties en video's van het NIZW*. Utrecht: NIZW, 1994.

NIPG, TNO en NIVEL. *Preventie in de eerstelijnszorg: op zoek naar goede verhoudingen*. Utrecht en Leiden: NIPG, TNO en NIVEL, 1992.

NIVEL, NcGv, NWO en ministerie van VWS. *Literatuurbestand Kwaliteit van zorg* Utrecht en Rijswijk: NIVEL, NcGv, NWO en ministerie van VWS, 1995.

NIVEL. *Bibliografie Ouderen III*. Utrecht: NIVEL, 1991.

Perls, T.T. The Oldest Old. *Scientific American*, januari 1995.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1985*. Den Haag: Preventiefonds, 1986.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1986*. Den Haag: Preventiefonds, 1987.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1987*. Den Haag: Preventiefonds, 1988.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1988*. Den Haag: Preventiefonds, 1989.



Preventiefonds. *Jaarverslag 1989*. Den Haag: Preventiefonds, 1990.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1990*. Den Haag: Preventiefonds, 1991.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1991*. Den Haag: Preventiefonds, 1992.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1992*. Den Haag: Preventiefonds, 1993.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1993*. Den Haag: Preventiefonds, 1994.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1994*. Den Haag: Preventiefonds, 1995.

Preventiefonds. *Jaarverslag 1995 (concept)*. Den Haag: Preventiefonds, 1996.

Projectgroep ouderen bezoeken ouderen. *Ouderen bezoeken ouderen*. Welzijnsbezoeken gemeente Groningen. Groningen: GGD-Groningen stad en ommelanden.

Schaapveld, K., *et al.* *Setting priorities in prevention*. Leiden: TNO-PG, 1990.

Schaapveld, K. *Preventiebeleid*. Pré-advies. Leiden: NIPG, 1991.

Schats, W. *Ouderen: een overzicht van de literatuur*. Amsterdam: SCV, 1991.

Schats, W. *Ouderen; een overzicht van de literatuur, supplement*. Amsterdam: SCV, 1992.

Smith Barusch, A. Programming for Family Care of Elderly Dependents: Mandates, Incentives and Service Rationing. *Social Work*, 1995, 40, nr.3, p.315 t/m 322

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Preventieve*

*gezondheidszorg in de toekomst. Scenarioreport 1991.*  
Antwerpen: STG, 1991.

Thien, W.M.A.H. *Ouderenbeleid 1993-1996.* SCV, 1992.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Ouderen in Tel.* Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, vergaderjaar 1990-1991.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma.* 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Preventie en veroudering.* Deelnota van Ouderen in Tel. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, vergaderjaar 1990-1991.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Preventiebeleid voor de Volksgezondheid.* 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, vergaderjaar 1992-1993.

Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. *Gemiste modernisering ouderenzorg n.a.v. beleidsbrief modernisering ouderenzorg.* Rijswijk: VRO, 1995

Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. *Meer vermogen.* Advies over preventie en ouderen. Rijswijk: VRO, 1995.

Vorst-Thijssen, T., Brink-Muinen, A. v.d. en Kerkstra, A. *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzor-genden in Nederland.* Utrecht: NIVEL, 1990.

Water, H.P.A. v.d. en Davidse, W. *Organisatorische versterking van preventie in de eerstelijns gezondheidszorg.* Leiden: TNO-PG, 1992.

### 3 Stand van de wetenschap en de toekomst van de programmatische preventie in de ouderenzorg

*W. Davidse*

#### 3.1 Inleiding

De voorlopige Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) heeft TNO-PG gevraagd een notitie uit te brengen over programmatische preventie bij ouderen, toegespitst op een aantal hieronder te noemen onderwerpen (gezondheidsproblemen, preventie-gebieden en -methoden).

*Gezondheidsproblemen, preventie-gebieden en -methoden*

De RVZ heeft een selectie gemaakt van onderwerpen; na overleg is gekozen voor de volgende gezondheidsproblemen, preventie-gebieden en -methoden:

- a baarmoederhals en borstkanker (leeftijdsgrenzen) en prostaatkanker (screening)
- b DTP-vaccinatie (ook bij ouderen?)
- c griepvaccinatie (bij alle ouderen?)
- d hygiëne in en om huis
- e slechthorendheid
- f glaucoom
- g diabetes mellitus, type II
- h osteoporose
- i depressie
- j dementie
- k incontinentie
- l medicijngebruik
- m1 ongevallen/veiligheid binnen en buiten
- m2 alarmering en veiligheidstechnologie thuis
- n lichamelijke inactiviteit

*Vraagstelling*

De vraagstelling luidt:

- wat is de stand van zaken betreffende de wetenschap ten aanzien van de hiervoor genoemde onderwerpen?, en in samenhang daarmee

Stand van zaken preventie en ouderen

- welke nieuwe programmatische preventie wordt op deze gebieden kansrijk in de naaste toekomst (tussen nu en pakweg 10 jaar)? Hierbij kan het gaan om geheel nieuwe vormen van preventie, maar ook om de vraag of resultaten van kleinschalig onderzoek de vorm van een grootschalig preventieprogramma dienen te krijgen.

#### *Programmatische preventie*

Zoals de titel van deze notitie al aangeeft, gaat het om programmatische preventie: een systematische, op onderzoek gebaseerde ontwikkeling, implementatie en evaluatie van preventieprogramma's. In deze gedachtegang kan een preventieprogramma pas ingevoerd worden wanneer risicogroepen goed zijn omschreven, de effectiviteit van interventies is aangetoond, de verhouding tussen kosten en effecten gunstig is, er strategieën zijn ontwikkeld om de (hoogste) risicogroepen te bereiken, en tenslotte wanneer is voorzien in een adequate evaluatie.

Met betrekking tot secundaire preventie wordt in deze notitie een aantal malen verwezen naar de criteria die Wilson en Jungner hiervoor hebben ontwikkeld (Wilson J.M.G. en Jungner G.: Principles and practice of screening for disease, Genève: WHO, 1968). Hieraan dient voldaan te zijn vooraleer men tot deze vorm van preventie overgaat. Deze criteria zijn de volgende:

- 1 Het moet een belangrijk gezondheidsprobleem betreffen.
- 2 Er moet een algemeen aanvaarde behandelingswijze voor de ziekte bestaan.
- 3 Voorzieningen voor diagnose en behandeling van de ziekte moeten beschikbaar zijn.
- 4 Er moet een herkenbaar latent stadium van de ziekte bestaan.
- 5 Er moet een geschikte test of onderzoeksmethode voor het bevolkingsonderzoek bestaan.
- 6 De test moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
- 7 Het natuurlijk beloop van de ziekte moet bekend zijn.
- 8 Er moet een duidelijk beleid zijn ten aanzien van wie er als patiënt behandeld moet worden.
- 9 De kosten van bevolkingsonderzoek (inclusief die van behandeling van opgespoorde patiënten) moeten in redelijke verhouding staan tot de beschikbare fondsen voor de volksgezondheid.

- 10 Bevolkingsonderzoek moet een continu proces zijn en geen eenmalig project.

Nadruk zal liggen op aspecten van primaire en secundaire preventie. In enkele gevallen zullen ook aspecten van tertiaire preventie aan de orde komen. Echter, in beginsel zullen zaken als de behandeling en de normale hulpverlening, het aspect van kwaliteit van leven e.d. buiten beschouwing blijven.

Hetzelfde geldt voor fundamenteel biomedisch onderzoek als zodanig. De weg van resultaten van fundamenteel biomedisch onderzoek naar mogelijkheden om er iets mee te kunnen doen in termen van programmatische preventie is doorgaans lang. Ook wordt niet ingegaan op zuiver organisatorische kwesties en randvoorwaarden.

Tenslotte wordt benadrukt dat gezien de beperkte tijd niet is gestreefd naar volledigheid.

### **3.2 Bespreking van de vijftien onderwerpen**

Per onderwerp komen achtereenvolgens aan de orde de omvang van het probleem, de stand van de wetenschap met betrekking tot preventie, de vraag of in de komende tijd belangrijke wijzigingen te verwachten zijn en indien relevant buitenlandse studies of adviezen op het gebied van programmatische preventie die nuttig zijn. Hierbij wordt verwezen naar twee recente standaardwerken op het gebied van preventie, de 'Canadian guide to clinical preventive health care' van de Canadese 'Task Force on the periodic health examination' en de 'Guide to clinical preventive services' van de 'United States Preventive Services Task Force'. Per onderwerp worden tenslotte enkele literatuurreferenties gegeven.

#### ***a Baarmoederhals-, borst- en prostaatkanker***

##### *a1 Baarmoederhalskanker*

De door de RVZ gestelde vraag is of screening op hogere leeftijd dan thans het geval is valt aan te bevelen.

##### *- Omvang van het probleem*

De incidentie in Nederland bedraagt 8 gevallen per 100.000 vrouwen. Dit komt overeen met 750 gevallen per jaar. De incidentie van invasief cervixcarcinoom stijgt tot het 40e jaar, blijft dan gelijk, waarna na de menopauze een daling optreedt.

De sterfte bedraagt ruim 3,3 per 100.000 vrouwen per jaar, hetgeen neerkomt op een aantal van 300 per jaar. De sterftekans is de laatste decennia afgenomen, mede door de screening.

- *Stand van de wetenschap*

Naar de effecten van screening op baarmoederhalskanker zijn geen 'randomised trials' uitgevoerd. In Nederland worden vrouwen van 30-60 jaar elke vijf jaar opgeroepen een uitstrijkje te laten maken door de huisarts; voorheen werd bij vrouwen tussen de 35 en 54 jaar iedere 3 jaar een uitstrijkje gemaakt. Hoewel de sterfte na het 55e jaar nog relatief hoog is, wordt een zeer belangrijk deel van de incidentie gevormd door vrouwen bij wie nooit eerder een uitstrijkje is gemaakt. Op grond hiervan is er zelfs wel voor gepleit de leeftijdsgrens weer te verlagen. De opkomst bij bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker is lager dan bij dat op borstkanker. Een probleem is dat de hoogste risicogroep (vrouwen met een lage SES) niet goed wordt bereikt.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Omdat er geen 'randomised trials' uitgevoerd zijn, is het ook moeilijk gefundeerde uitspraken te doen over leeftijdsgrenzen. Toch zijn er argumenten om de leeftijdsgrens van 60 jaar nu niet verder te verhogen. Zoals eerder werd vermeld, wordt een zeer belangrijk deel van de incidentie op oudere leeftijd gevormd door vrouwen bij wie nooit eerder een uitstrijkje is gemaakt. Het lijkt niet erg waarschijnlijk dat vrouwen die voorheen geen gehoor gaven aan de oproep, dat wel zullen doen als zij alsnog, boven het 60e jaar, een uitnodiging krijgen. In het algemeen valt te verwachten dat de opkomst van oudere vrouwen lager zal zijn.

Gezien de huidige stand van de screening op baarmoederhalskanker, met een hogere opkomst van jonge, goed opgeleide vrouwen en een lagere van hoge-risicogroepen, dient prioriteit te worden gegeven aan het verhogen van de opkomst van deze laatste groep.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten wordt aanbevolen te screenen van het begin van de seksueel actieve periode tot het 65e jaar; in Canada vanaf het begin van seksuele activiteit (of 18 jaar) tot het 70e jaar.

- *Literatuur*

Minister of Supply and Services Canada. Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Canada, 1994, p. 884-889.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore/Hong Kong/London/Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 105-117.

Veen, W.A. van. Van opportunistische screening naar georganiseerd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. *Huisarts Wetenschap*, 1991, nr. 34, p. 206-208.

Wijngaarden, W.J. van en Duncan, I.D. Rationale for stopping cervical screening in women over 50. *British Medical Journal*, 1993, nr. 306, p. 967-971.

a2 *Borstkanker*

De door de RVZ gestelde vraag is of screening op hogere leeftijd dan thans het geval is valt aan te bevelen.

- *Omvang van het probleem*

De incidentie in Nederland bedraagt ruim 100 gevallen per 100.000 vrouwen, wat neerkomt op 8600 nieuwe gevallen per jaar. De prevalentie bedraagt naar schatting ruim 8 per 100.000 vrouwen; dit betekent een aantal van ongeveer 62.000. Ongeveer 40% van alle vrouwen met borstkanker overlijdt aan deze ziekte. Incidentie en sterfte stijgen met de leeftijd.

- *Stand van de wetenschap*

Screening vindt in Nederland plaats bij vrouwen van 50-70 jaar. Wat betreft screening op de leeftijd van 40 - 49 jaar is geen significante daling van de sterfte gevonden in grote studies. Screening in deze leeftijdsgroep is dus niet effectief. Voor zover gekeken is naar de effectiviteit van screening van vrouwen ouder dan 70 jaar, en dat is in Zweden gedaan, kan geconcludeerd worden dat er geen sprake is van een significante daling van de sterfte. De effectiviteit van screening op deze leeftijd is dus niet aangetoond. Bovendien bleek daar, evenals in Nijmegen, dat de opkomst afneemt met de leeftijd. Bovendien neemt de kans toe dat men aan een andere ziekte overlijdt. Door dit alles is de relatie kosten - effectiviteit boven het 70e jaar ongunstiger dan beneden de 70 jaar.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

De beschikbare kennis levert geen argumenten op om leeftijdsgrenzen te veranderen. Hierbij valt de kanttekening te maken dat maar weinig betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar zijn over screening boven het 70e jaar. Hier ligt een aanknopingspunt voor nader wetenschappelijk onderzoek.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten wordt mammografie aanbevolen bij vrouwen van 50 - ca. 75 jaar. In Canada bij vrouwen tussen de 50 en 70 jaar.

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 788-792.

Kooij, S. van der. Borstkanker ook boven 70 jaar? *Medisch Contact*, 1993, nr. 48, p. 137-139.

Koning, H.J. de, *et al.* Effectiviteit van bevolkingsonderzoek naar borstkanker: sterftereductie in binnen- en buitenland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, nr. 134, p. 2240-2245.

Miller, A.B., *et al.* Canadian national breast screening study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *Can Med Assoc J*, 1992, nr. 147, p. 1477-1488.

Nyström L., *et al.* Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet*, 1993, nr. 341, p. 973-978.

United states preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore/Hong Kong/London/Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 73-77.

a3 *Prostaatanker*

- *Omvang van het probleem*



De incidentie in Nederland bedraagt een kleine 60 per 100.000 mannen. Dit komt neer op een aantal van 4150 nieuwe gevallen per jaar. De incidentie neemt sterk toe boven het vijftigste jaar. De prevalentie wordt geschat op ruim 200 per 100.000, hetgeen een aantal impliceert van circa 16.000. Ongeveer de helft van de mannen met prostaatkanker overlijdt hieraan.

- *Stand van de wetenschap*

Primaire preventie van prostaatkanker is niet mogelijk, aangezien de oorzaak onbekend is. Secundaire preventie in de vorm van screening is niet zinvol. In de eerste plaats is er geen geschikte screeningstest (rectaal toucher, transrectale echografie). Hetzelfde geldt voor screening door middel van prostaat-specifiek antigeen (PSA), die een lage specificiteit heeft. Het natuurlijk beloop van de ziekte is niet bekend, noch het effect van behandeling van vroeg ontdekte tumoren. Al met al wordt niet voldaan aan de criteria 4,5,7 en 8 van Wilson en Jungner.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Er is geen zicht op de ontwikkeling van programmatische preventie op dit gebied.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en Canada wordt screening niet aanbevolen.

- *Literatuur*

Adami, H., Baron, J. en Rothman, K. Ethics of a prostate cancer screening trial. *Lancet*, 1994, nr. 343, p. 958-960.

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 812-820.

Chodak, G., *et al.* Outcome following conservative management of patients with clinically localized prostate cancer. *New England Journal of Medicine*, 1994, nr. 330, p. 242-248.

Gerber, G. en Chodak, G. Routine screening for cancer of the prostate. *J Natl Cancer Inst*, 1991, nr. 83, p. 329-335.

Johansson, J., *et al.* High ten year survival rate in patients with clinically localized prostate cancer. *JAMA*, 1992, nr. 267, p.

2191-2196.

United states preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore/Hong Kong/London/Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 119-134.

***b DTP-Vaccinatie***

De door de RVZ gestelde vraag is of het wenselijk is dat ouderen tegen een of enkele van deze ziekten ge(re)vaccineerd dienen te worden.

*- Omvang van het probleem*

Difterie en tetanus komen slechts sporadisch voor in Nederland, maar zijn wel ernstige ziekten. Poliomyelitis komt af en toe voor in kleine epidemieën in niet-gevaccineerde gemeenschappen

Een algemeen verschijnsel bij ouderen is de verminderde weerstand tegen infecties; dit treedt vooral op bij hoogbejaarden.

*- Stand van de wetenschap*

Mogelijk is revaccinatie tegen een of meer van deze ziekten om de 10-15 jaar nodig gedurende de rest van het leven.

Momenteel wordt in de Gezondheidsraad nagedacht hoe de strategie hiervoor eruit zou moeten zien. In de Verenigde Staten blijkt de vaccinatiegraad van volwassenen niet hoog te zijn.

*- Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Momenteel wordt een strategie voor revaccinatie uitgewerkt, waarna deze eventueel op grote schaal kan worden ingevoerd. Deze ontwikkelingen kunnen afgewacht worden.

Wat betreft de organisatie van de revaccinaties zou de huisarts een rol kunnen spelen, maar noodzakelijk is dit niet, aangezien de betrokken personen op grond van gegevens in het bevolkingsregister kunnen worden opgeroepen (zie ook bij influenza-vaccinatie).

*- Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten wordt periodieke revaccinatie tegen DT geadviseerd.

*- Literatuur*

Stand van zaken preventie en ouderen

Fedson, D.S. Adult immunization: summary of the national vaccine advisory committee report. *JAMA*, 1994, nr. 272, p. 1133-1137.

United states preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney : Williams & Wilkins, 1996, p. 796-797.

**c    *Influenza-vaccinatie***

De door de RVZ gestelde vraag is of ouderen als aparte risicogroep beschouwd dienen te worden.

- *Omvang van het probleem*

In 1991 werd, zo bleek uit de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), van degenen die voor vaccinatie in aanmerking komen 28% gevaccineerd; in 1992 bedroeg dat percentage ca. 40% en in 1993 42%. De incidentie van influenza is 300.000-400.000 gevallen per jaar. Schattingen van het aantal sterfgevallen samenhangend met influenza komen uit op circa 4.000 per jaar.

- *Stand van de wetenschap*

Al vele jaren wordt in Nederland gesproken over de vraag of personen van 65 jaar of ouder als zelfstandige risicogroep beschouwd dienen te worden, naast groepen als patiënten met bepaalde hart-, long- en nierziekten, diabetes mellitus en enkele minder vaak voorkomende ziektebeelden, en verstandelijk gehandicapten die in tehuizen verblijven. De Gezondheidsraad adviseerde eerst in meerderheid dat niet te doen. Ook in de afgelopen jaren bleek de Gezondheidsraad van mening dat het niet (dringend) was aan te bevelen; wel geeft hij nu 'in overweging' zulks wel te doen. In de NHG-Standaard wordt vaccinatie van alle personen boven de 65 jaar niet aanbevolen. Wel wordt in deze groep een ruimere interpretatie van de indicatiestelling aanbevolen.

De argumenten pro en contra 65-plussers als aparte risicogroep zijn de volgende. Voor pleit dat uit onderzoek is gebleken dat vaccinatie in de *totale groep* ouderen leidt tot minder morbiditeit en kosten-effectief is. Een tweede argument vloeit voort uit de resultaten van een recent gerandomiseerd, dubbelblind, placebo-gecontroleerd onderzoek onder ouderen die *niet* tot een of meer risicogroepen behoren. Vaccinatie doet, zo blijkt, de incidentie dalen, ook bij ouderen (in dit geval 60-

plussers) die niet tot een of meer risicogroepen behoren. Een derde argument dat wordt aangevoerd is het feit dat de kans op complicaties en sterfte sterk toeneemt met de leeftijd. En tenslotte wordt erop gewezen dat risicopatiënten in de oudere populatie moeilijker zijn op te sporen, doordat ziekten met minder verschijnselen gepaard gaan en/of men denkt dat bepaalde verschijnselen nu eenmaal bij de oude dag horen. Bovendien behoort een aanzienlijk deel van de 65-plussers die in een ziekenhuis worden opgenomen met influenza of complicaties niet tot de risicopatiënten, hetgeen bij jongeren en volwassenen niet of veel minder het geval is.

Hiertegenover kunnen de argumenten tegen worden geplaatst. Vast staat dat de effectiviteit van vaccinatie op hoge leeftijd lager is dan bij personen onder de 65 jaar. In de tweede plaats is er nog maar één placebo-gecontroleerd onderzoek bekend naar de effectiviteit van vaccinatie bij ouderen die niet tot een of meer risicogroepen behoren; op grond hiervan kunnen moeilijk algemene conclusies worden getrokken. In deze gedachtegang kan gesteld worden dat de effectiviteit van vaccinatie van ouderen die niet tot de risicogroepen behoren, niet overtuigend is aangetoond.

*- Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Wat betreft de vraag of 65-plussers als zelfstandige risicogroep beschouwd dienen te worden, kan erop gewezen worden dat de Gezondheidsraad zijn eerder afwijzende standpunt heeft genuanceerd. Wanneer nu huisartsen overgaan tot een duidelijk ruimere indicatiestelling boven de 65 jaar, zoals aanbevolen door het NHG, en ouderen in toenemende mate zelf om vaccinatie vragen, lijkt het niet erg gewaagd de voorspelling te doen dat een steeds groter deel van de ouderen die niet tot een of meer van de 'klassieke' risicogroepen behoren zal worden gevaccineerd. De argumenten ten voordele van 65-plussers als risicogroep lijken sterker te zijn dan de argumenten contra. In ieder geval blijft het bij deze ontwikkeling noodzakelijk goed de vinger aan de pols te houden voor wat betreft de vaccinatiegraad onder de 'klassieke' risicogroepen, zowel onder de 65 jaar als daarboven.

Wat betreft ontwikkelingen op het gebied van de organisatie van de vaccinaties, is het van belang erop te wijzen dat voor het oproepen van alle 65-plussers niet strikt noodzakelijk is dat de huisarts dat doet, aangezien daarvoor geen medische informatie

over patiënten nodig is (zie ook bij DTP-vaccinatie).

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en Canada en veel andere landen beschouwt men 65+ wel als aparte indicatie.

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 744-751.

Davidse, W., *et al.* *Influenzavaccinatie: verslag van programmatische preventie in twee regio's*. Leiden: TNO-PG, 1994.

Fedson, D.S., *et al.* Clinical effectiveness of influenza vaccination in Manitoba. *JAMA*, 1993, nr. 270, p. 1956-1961.

Gezondheidsraad, Commissie Vaccinatie tegen influenza. *Vaccinatie tegen influenza seizoen 1995-1996*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1995.

Govaert, Th.M.E., *et al.* *Influenza bij ouderen*. De effectiviteit van influenzavaccinatie bij ouderen: een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studie. Proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, 1994.

Ligthart, G.J. Influenzavaccinatie voor alle ouderen! *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, nr. 139, p. 2125-2127.

Monto, A.S. Influenza vaccines for the elderly. *New England Journal of Medicine*, 1994, nr. 331, p. 807-808.

Nederlands huisartsengenootschap (NHG). NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie. *Huisarts en Wetenschap*, 1993, nr. 36, p. 342-346.

United states preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 791-794.

**d** *Hygiëne bij mensen thuis*

De vraag is hier wat de gevaren zijn van een slecht hygiëne

thuis en of dit zich leent voor programmatische preventie, waarbij gedacht kan worden aan de manier waarop dat in instellingen is geregeld.

- *Omvang van het probleem*

Bij slechte hygiëne in de thuissituatie moet vooral gedacht worden aan infectieziekten, en dan in het bijzonder aan voedselinfecties. De omvang van slechte hygiëne en van voedselinfecties bij ouderen is niet precies bekend. Wel weten we dat het afweersysteem van hoogbejaarden minder goed functioneert en dat deze groep derhalve een risicogroep vormt die in omvang toeneemt, aangezien steeds meer ouderen thuis blijven wonen.

- *Stand van de wetenschap*

Toegesplitst op (voedsel)infecties in het algemeen kunnen enkele vormen van primaire preventie worden onderscheiden. In de eerste plaats voorlichting over en de toepassing van hygiënische maatregelen, ten begeleiding en controle van instellingen waar veel mensen verblijven, al dan niet met een gemeenschappelijke keuken (één besmetting kan hier een explosie van voedselinfecties veroorzaken). Een andere voorbeeld van primaire preventie is doorstraling van voedsel, waartegen (emotionele) bezwaren bestaan. Een vorm van secundaire preventie is bron- en contactopsporing bij explosies van voedselinfecties. Deze preventie kan ook toegepast worden bij personen die thuis verblijven en die een ernstige infectieziekte hebben.

Wat betreft de wijze waarop de preventie wordt uitgevoerd, kan gewezen worden op de technische hygiënezorg van GGD'en. Deze richt zich in zeer hoge mate op instellingen en dergelijke. Hygiënezorg bij individuele ouderen, en daar worden degenen die thuis wonen toe gerangschikt, wordt niet gezien als een (wettelijke) taak van de GGD'en zij het dat de GGD incidenteel bij mensen thuis bron- en contact-onderzoek doet naar aanleiding van een aangifte van een besmettelijke ziekte, waarbij gevaar bestaat voor huisgenoten (bijvoorbeeld tyfus). De thuiszorg heeft op dit terrein geen expliciete taak gehad in de afgelopen jaren; bovendien krijgen lang niet alle ouderen thuiszorg, zodat op deze manier niet de hele doelgroep bereikt kan worden. Anderzijds kwam het incidenteel wel voor dat men bij thuiszorg-instellingen belangstelling voor dit onderwerp had. Het valt niet te verwachten dat met de toenemende

commercialisering van de thuiszorg de belangstelling voor dit onderwerp zal toenemen.

De conclusie moet dan ook luiden dat dit onderwerp enigszins tussen wal en schip lijkt te vallen, terwijl hier in potentie een taak voor de preventieve gezondheidszorg ligt, met name op het gebied van voorlichting (waarbij aangetekend wordt dat deze preventievorm ook haar beperkingen heeft).

*- Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Programmatie preventie op dit gebied zit er voorlopig niet in. Eerst zou het nodige voorwerk gedaan moeten worden. Denkbaar is dat het probleem eerst goed in kaart wordt gebracht (mate van voorkomen van 'onhygiënisch' gedrag); vervolgens zou een gerichte voorlichtingsstrategie kunnen worden ontwikkeld, die dan in een experiment wordt toegepast. Indien dit positieve uitkomsten zou hebben, kan gedacht worden aan implementatie op grotere schaal.

Wat betreft de voorlichtingsstrategie, is het net als bij enkele andere onderwerpen van belang deze goed toe te spitsen op de betreffende risicogroep. De vraag welke instantie of persoon deze voorlichting uiteindelijk zou moeten geven, blijft hier buiten beschouwing.

*- Buitenlandse adviezen*

In de twee standaardwerken komt dit onderwerp niet als zodanig voor.

- *Literatuur*

Bosch, D.A. van den, *et al. Protocollen infectieziekten*. Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg 1995, p. 341-344 en 431-437.

Ruwaard, D. en Kramers, P.G.N. *Volksgezondheid toekomst verkenning*. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993, p. 217-220.

**e Slechthorendheid**

- *Omvang van het probleem*

Slechthorendheid is een probleem van grote omvang. Dit begint al op jonge leeftijd en neemt toe met het ouder worden. In de werkende bevolking hebben 250.000 - 350.000 personen gehoorklachten; enkele honderdduizenden

werknemers hebben een gehoorverlies van tenminste 10-20 dB.

Naar schatting 700.000 57-jarigen en ouder tot 1.000.000 60 jarigen en ouder hebben een gehoorverlies van tenminste 35 dB.

- *Stand van de wetenschap*

Primaire preventie richt zich op jeugdigen en werknemers. Presbycusis op zich kan niet worden voorkomen; wel is het uiteraard zo dat als presbycusis zich ontwikkelt bij personen die reeds gehoorverlies hebben, er een cumulatie van verlies optreedt.

Een nieuwe, experimentele ontwikkeling is het screenen van ouderen op gehoorverlies. Dit gebeurt momenteel in de huisartspraktijk, in een onderzoek dat wordt uitgevoerd door TNO-PG en de RUL. Dit is deels gebaseerd op initiatieven die in landen als het Verenigd Koninkrijk zijn genomen. Het blijkt namelijk dat nogal wat mensen zich er niet goed van bewust zijn en/of geen hulp hebben gezocht en dat huisartsen er geen systematische aandacht aan schenken.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

De resultaten van de screening in de huisartspraktijk dienen afgewacht te worden. Indien deze positief zijn kan op grond daarvan wellicht worden besloten de experimenten uit te breiden c.q. op grote schaal in te voeren. Eventueel kan dan ook gekeken worden naar alternatieve organisatievormen (zie



ook de opmerkingen bij influenza- en DTP-vaccinaties). Daarnaast kan gewezen worden op het belang van inzicht in de maatschappelijke gevolgen van slechthorendheid bij ouderen (maatschappelijk isolement, relatie tussen slechthorendheid en vermeende cognitieve achteruitgang). Deze kwaliteit van leven aspecten vallen buiten het kader van deze notitie.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten wordt aanbevolen ouderen te screenen op gehoorverlies (en de beschikbaarheid en gebruik van hulpmiddelen; in Canada wordt screening ook aanbevolen).

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 954-963.

Chorus, A.M.J., *et al.* *Slechthorendheid in Nederland: achtergrondinformatie bij een knelpuntennotitie*. Leiden: TNO-PG, 1995.

Gezondheidsraad. *Geluid en gezondheid*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994.

Grote, J.J. Slechthorendheid, een vergeten volksgezondheidsprobleem. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1992, nr. 136, p. 2404-2406.

United states preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney : Williams & Wilkins, 1996, p. 393-405.

**f      *Glaucoom***

- *Omvang van het probleem*

Geschat wordt dat 1,1% van de bevolking van 55 jaar en ouder glaucoom heeft (vaker bij mannen dan bij vrouwen). Voor heel Nederland zou deze prevalentie neerkomen op ruim 30.000 gevallen. De prevalentie loopt duidelijk op met de leeftijd (0,2% bij 55-59 jarigen; 3,3% in de groep van 85-89 jaar). Van belang is dat naar schatting ruim de helft van de glaucoomgevallen niet gediagnostiseerd is; bij het begin van klachten is de aandoening meestal al ver gevorderd. Er bestaan geen gegevens over de omvang van slechthorendheid en

blindheid die door glaucoom zijn ontstaan.

- *Stand van de wetenschap*

Primaire preventie is niet mogelijk. Vandaar de vraag of secundaire preventie in de vorm van een bevolkingsonderzoek haalbaar zou zijn. Er is een screeningstest, oogboldrukmeting, waarmee oogboldrukverhoging vroegtijdig (voordat het gezichtsvermogen aangetast is) kan worden opgespoord. Echter, de waarde van deze test is niet hoog (veel fout-positieven en fout-negatieven). Hier komt bij dat naar recent inzicht er ook sprake kan zijn van glaucoom zonder verhoging van de intra-oculaire oogdruk. Daarmee komt ook de validiteit van de screeningstest ter discussie te staan.

Door dit alles is er dan ook een vrij ingewikkeld en duur vervolgonderzoek nodig. De verhouding tussen kosten en baten van bevolkingsonderzoek op glaucoom is om deze reden niet gunstig, ook niet als het beperkt zou blijven tot risicogroepen (familiaal voorkomen, zeer sterk verhoogde druk, oudere leeftijd, hypertensie of diabetes). Wanneer men als screeningstest oogbolmeting, bepaling van het gezichtsveld en fundoscopie doet, is de waarde van de screening uiteraard veel hoger, maar wordt ze zeer duur. Hier komt nog bij dat de oogheeskundige capaciteit niet voldoende is. Er wordt dus niet voldaan aan enkele van de criteria van Wilson & Jungner (3, wellicht 4, 5 en in geval van een zeer uitgebreide screening 9).

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

De conclusie luidt dan ook dat momenteel geen zicht bestaat op programmatische preventie op dit gebied. Er wordt gewerkt aan nieuwe methoden om schade aan de oogzenuw vroeger op te sporen. Nog niet duidelijk is of en op welke termijn dit iets zal opleveren dat voor de ontwikkeling van programmatische preventie van belang is.

- *Buitenlandse adviezen*

Screening wordt in de Verenigde Staten en in Canada niet aanbevolen.

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 942.

Dielemans, J., *et al.* The prevalence of primary open-angle glaucoma in a population-based study in the Netherlands. *Ophthalmology*, 1994, nr. 101, p. 1851-1855.

Tielsch, J.M., *et al.* A population-based evaluation of glaucoma screening: the Baltimore eye survey. *American Journal of Epidemiology*, 1991, nr. 134, p. 1102-1110.

Tuck, M.W. en Crick, R.P. Efficiency of referral for suspected glaucoma. *British Medical Journal*, 1991, nr. 302, p. 998-1000.

United states preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 383-391.

**g** *Diabetes mellitus type II*

- *Omvang van het probleem*

Naar schatting zijn er in Nederland ca. 250.000 mensen bekend met diabetes mellitus bij de huisarts. Hiervan heeft 80-90% type II. De ziekte komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Ongeveer de helft van alle personen met diabetes type II is ongediagnostiseerd, dus niet bekend bij de huisarts. De totale prevalentie van type II diabetes ligt derhalve in de buurt van 450.000 mensen. Dit aantal zal waarschijnlijk stijgen, doordat de gestandaardiseerde incidentie van diabetes type II stijgt en door de vergrijzing van de bevolking. Gesteld kan dan ook worden dat diabetes mellitus een aanzienlijk volksgezondheidsprobleem vormt.

De diagnose diabetes type II wordt vaak, in ca. 20% van alle gevallen, pas gesteld wanneer reeds complicaties aan het hart vaatstelsel, ogen, nieren of zenuwen aanwezig zijn.

- *Stand van de wetenschap*

Primaire preventie van diabetes type II is mogelijk. Insulineresistentie, die bij het ontstaan een rol speelt, neemt toe met de leeftijd. Dit wordt versterkt door gebrek aan lichaamsbeweging en overgewicht. Wanneer in een vroeg

stadium wordt begonnen met een gewichtsvermindering, neemt de insulinegevoeligheid weer toe. De primaire preventie van diabetes type II bestaat dan ook uit voorlichting over voeding, lichamelijke activiteit en gewichtsreductie.

Vermeld werd reeds dat een aanzienlijk deel van de mensen die diabetes type II hebben niet als zodanig bekend is. Dit roept de vraag op of secundaire preventie door middel van screening van asymptomatische personen zinvol is. Hoewel de meningen hierover niet eensluidend zijn, houdt de gangbare mening in, ook in landen als de Verenigde Staten en Canada, dat deze screening niet zinvol is omdat er geen geschikte test bestaat (bepaling van het bloedsuikergehalte leidt tot veel fout-positieven, mede doordat de meeste personen met een gestoorde glucose tolerantie geen diabetes ontwikkelen; de testprocedure zou dus veel uitgebreider moeten zijn) en omdat niet is bewezen dat door vroegdiagnostiek bij asymptomatische personen de prognose verbetert. Daarmee is niet voldaan aan met name criteria 5 en 6 van Wilson en Jungner. Screening in de algemene bevolking wordt dan ook niet gedaan in Nederland. Case finding in geval van aanwezigheid van duidelijke risicofactoren (obesitas, familiair voorkomen) lijkt wel zinvol.

Duidelijke gezondheidswinst kan bereikt worden door goede tertiaire preventie. Deze richt zich op leefstijl-factoren als lichamelijke inactiviteit, verkeerde voeding, roken en overmatig alcoholgebruik. Beïnvloeding van deze factoren in gunstige zin leidt tot een betere gezondheidstoestand (glucose-gehalte bloed, kans op complicaties). Daarnaast is ook therapietrouw, met betrekking tot geneesmiddelen, van belang.

*- Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Omdat een bevolkingsonderzoek (in de algemene bevolking) twijfelachtig is, lijkt het er niet op dat programmatische preventie op dit gebied ontwikkeld kan worden in de komende tijd. Hierbij dienen twee kanttekeningen gemaakt te worden. In de eerste plaats wordt ten aanzien van diabetes veel genetisch onderzoek verricht; dit kan leiden tot screeningsmethoden, met behulp waarvan personen geïdentificeerd worden met een genetische gevoeligheid voor het ontwikkelen van diabetes mellitus (hiervoor zou nog veel onderzoek nodig zijn). En in de tweede plaats is het wellicht nuttig de waarde nader uit te zoeken van screening van personen met risico-indicatoren

(obesitas en familiair voorkomen). Inzicht daarin is van belang voor de vraag of en zo ja, op welke wijze dat verder vorm gegeven zou moeten worden. Met betrekking tot secundaire preventie is derhalve de tijd nog niet rijp om over te gaan tot programmatische preventie.

Wanneer we kijken naar experimenten, gericht op leefstijlfactoren (van belang voor zowel primaire als tertiaire preventie), zien we twee dingen. Enerzijds dat er met name in de Verenigde Staten initiatieven zijn geweest die ook hier zouden kunnen worden geprobeerd, anderzijds dat veel activiteiten op dit terrein in Nederland niet of onvoldoende zijn geëvalueerd. Als stap in de richting van een eventuele programmatische preventie op dit gebied zou dit eerst uitgezocht dienen te worden.

Hierbij is het van belang aandacht te schenken aan speciale risicogroepen als allochtone ouderen en ouderen met een lage SES. Een groot probleem voor (vrijwel) alle patiënten blijft het bereiken van een levenslange gedragsverandering. Een aantal inhoudelijke en organisatorische verbeteringen van de huidige vorm van diabeteseducatie, mits gepaard met langdurige nazorg, kan hieraan wellicht een bijdrage leveren.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en in Canada wordt bevolkingsonderzoek op diabetes type II niet aanbevolen; een uitzondering wordt gemaakt voor screening bij hoge-risicogroepen.

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 602-606.

Cromme, P.V.M., *et al.* NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II. *NHG-Standaarden voor de huisarts*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

Knowler, W.C. Screening for NIDDM. Opportunities for detection, treatment and prevention. *Diabetes Care*, 1994, nr. 17, p. 445-450.

RIVM. *Diabetes in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie en etiologie en mogelijkheden voor preventie (focal point preventie chronische ziekten)*. Bilthoven: RIVM, 1994.

Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg. *Scenario's over diabetes mellitus 1990-2005*. Chronische ziekten in het jaar 2005. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990:214.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 193-208.

### ***h Osteoporose***

#### *- Omvang van het probleem*

Osteoporose treedt vooral op bij oudere blanke vrouwen. Nederlandse prevalentiegegevens wisselen nogal. In de CMR-Nijmegen vond men een (cumulatieve) jaarprevalentie van 4,1 per 1000 vrouwen en 0,8 per 1000 mannen; in het EPOZ-onderzoek een prevalentie vond men aanzienlijk hogere aantallen: 10 per 1000 vrouwen en 8 per 1000 mannen). De prevalentie loopt sterkt op met de leeftijd; zo is bij vrouwen in de leeftijd van 75 jaar en ouder de prevalentie in de CMR opgelopen tot 40 per 1000 (in het EPOZ-onderzoek tot boven de 60 per 1000).

Heupfracturen, een belangrijke complicatie van osteoporose, kwamen in 1990 voor bij 6,1 per 1000 personen van 65 jaar of ouder (tweemaal zoveel bij vrouwen als bij mannen).

#### *- Stand van de wetenschap*

Belangrijk is dat primaire preventie zich (ook) richt op jonge volwassenen (lichaamsbeweging, voldoende inname van calcium en vitamine D). Op deze wijze kan men ook andere risicofactoren proberen te beïnvloeden (roken, te veel alcoholgebruik, een laag lichaamsgewicht).

Wat ouderen betreft, kan bij vrouwen na de menopauze inname van voldoende calcium en vitamine D het verlies van botmassa gedeeltelijk voorkomen. Van groot belang is hier lichamelijke activiteit: dit heeft een gunstig effect op de botmassa en kan valongevallen (belangrijk in verband met heupfracturen) voorkomen (zie het hoofdstuk over ongevallen in de privé-sfeer).

Wat betreft secundaire preventie, is de vraag naar de zin van perimenopauzale screening aan de orde; bij opgespoorde

vrouwen met osteoporose kan dan postmenopauzaal oestrogensubstitutie of een andere behandelingsmethode (bisfosfonaten) worden toegepast. Over het nut van deze screening (bepaling van de botmassa) bestaan verschillende opvattingen. De Gezondheidsraad heeft een positief advies uitgebracht, anderen menen dat nog onvoldoende bekend is van de waarde van de botmeting en de effecten en bijwerkingen (minder kans op hart- en vaatziekten, grotere kans op het ontstaan van borstkanker) van oestrogensubstitutie, die langere tijd moet worden volgehouden (over de duur lopen de meningen uiteen). Het is daarmee twijfelachtig of voldaan wordt aan de criteria 2, 5, 6 en 7 van Wilson & Jungner.

Bij tertiaire preventie is, naast de eerder vermelde voldoende inname van calcium en vitamine D, alsmede medicamenteuze therapie, vooral lichaamsbeweging van belang. Het effect hiervan in termen van het voorkomen van verder botverlies is waarschijnlijk niet groot, maar goede lichamelijke activiteit kan de kans op valongevallen (en daarmee op heupfracturen) doen afnemen.

*- Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Wat betreft primaire preventie, gericht op jongeren maar ook op vrouwen rond de menopauze, is lichaamsbeweging zeer belangrijk. Op dit gebied is nog veel te verbeteren (zie verder bij lichamelijke inactiviteit bij ouderen).

Wat de ontwikkeling van programmatische preventie ten aanzien van screening betreft, is nader onderzoek nodig naar de voorspellende waarde van de botmeting voor fracturen en de effecten en - immateriële - kosten van oestrogensuppletie. Als hier meer inzicht in komt, is het voor het ontwikkelen van een preventieprogramma wenselijk inzicht te hebben in de therapietrouw (de therapie moet langere tijd worden volgehouden).

Wat tertiaire preventie betreft, is het vooral van belang programma's van lichamelijke activiteit te ontwikkelen waarin gebruik wordt gemaakt van oefeningen die toegespitst zijn op patiënten bij wie de diagnose is gesteld; hierbij dient rekening gehouden te worden met de leeftijd, de algemene lichamelijke conditie en het eventueel aanwezig zijn van andere aandoeningen. Goede evaluatie is hier noodzakelijk. Dit aspect van osteoporose heeft duidelijke raakvlakken met de

onderwerpen mobiliteit en ongevallen in de privé-sfeer.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en Canada wordt routinematige screening niet aanbevolen. Wel adviseert men alle postmenopauzale vrouwen te informeren over de voor- en nadelen van oestrogeensubstitutie en het belang van voldoende calciumname en lichaamsbeweging en het stoppen met roken (zie verder bij ongevallen/veiligheid in de privésfeer en bij lichamelijke inactiviteit bij ouderen).

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 624-626.

Chapuy, M.C., Arlot, M.E. en Duboeuf, F. Vitamin D and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *New England Journal of Medicine*, 1992, nr. 327, p. 1637-1641.

Gezondheidsraad. *Preventie van osteoporose*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

RIVM. *Osteoporose in Nederland; ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie en etiologie en mogelijkheden voor preventie (focal point preventie chronische ziekten)*. Bilthoven: RIVM, 1995.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 509-516.

Wiersma, T. en Lagro-Janssen, A.L.M. Preventie van osteoporose: voorlopig te broos voor een NHG-standaard. *Huisarts en Wetenschap*, 1992, nr.35, p. 428-429.



## *i      Depressie*

### *- Omvang van het probleem*

Er bestaat geen exact inzicht in de mate van voorkomen van depressie. De cumulatieve incidentie van depressie gedurende het hele leven is ongeveer 30% van de bevolking; bij vrouwen is deze aanzienlijk hoger dan bij mannen. Voor de groep mensen boven de 65 jaar worden percentages genoemd van 15-30%. Depressie bij ouderen is dan ook een zeer belangrijk gezondheidsprobleem.

### *- Stand van de wetenschap*

Van een aantal groepen is bekend dat zij meer kans lopen op depressie, zoals mensen die recent een partner hebben verloren, patiënten met chronische ziekten, met name indien zij een onvoldoende maatschappelijk netwerk hebben of een psychiatrische voorgeschiedenis hebben. Er zijn primair preventieve interventies voor deze groepen voorgesteld of al uitgevoerd. Over deze interventies bestaan nog onvoldoende bruikbare evaluatiegegevens.

De conclusie uit onderzoek naar secundaire preventie, dat wil zeggen vroege opsporing in de algemene bevolking of bij risicogroepen door middel van vragenlijsten of andere tests, is dat dit niet goed mogelijk. Ook is niet aangetoond dat hierdoor de prognose verbetert in vergelijking met behandeling van patiënten die al wel klachten hebben. Er wordt dus niet voldaan aan de criteria 4, 5, 7 en 8 van Wilson & Jungner.

Het is van belang dat huisartsen en andere hulpverleners alert zijn op verschijnselen van depressie in risicosituaties zodat snel kan worden ingegrepen, dat patiënten goed worden behandeld en begeleid teneinde volgende depressieve episodes te voorkomen. Zowel wat betreft de signalering als waar het gaat om een adequate behandeling valt nog veel te verbeteren. Deze aspecten betreffen meer de kwaliteit van zorg en leven dan dat het object zou zijn van programmatische preventie. Hetzelfde geldt (in ieder geval gedeeltelijk) voor activiteiten als ondersteuningsgroepen, bijvoorbeeld na overlijden van een partner. In Nederland zijn op dit terrein vrij veel initiatieven ontplooid. Over het algemeen moet geconstateerd worden dat veel hiervan niet of niet goed is geëvalueerd.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

In de komende jaren komen resultaten beschikbaar van proefprojecten in Nederland. Ook is hier van belang het 'depression awareness program' dat gestart is in de Verenigde Staten. Daarbij wordt de aandacht voor depressie gestimuleerd door middel van een massamediale campagne; het doel is een betere vroege signalering te bewerkstelligen. In Nederland wordt ook gedacht aan een soortgelijk project; bij de signalering kan een belangrijke rol kunnen zijn weggelegd voor de mantelzorg. Van groot belang is dat dit programma voorzien wordt van een goede (effect)evaluatie.

Al met al levert het voorgaande geen concrete aanknopingspunten op om nu reeds over te gaan tot programmatische preventie op grote schaal. Beter is het de resultaten van lopend en te starten onderzoek af te wachten. In het algemeen bestaat op dit terrein behoefte aan veel meer (effect)onderzoek dan thans wordt verricht.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en Canada wordt screening op depressie niet aanbevolen.

- *Literatuur*

Beer, M. de en Lange, J. de. *Depressie bij ouderen: een literatuuronderzoek ten behoeve van de preventiepraktijk in de AGGZ*. Utrecht: NcGv, 1993.

Buitenhuis, M.L. *AGGZ-preventie en ouderen: state of the art*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1991, LOP reeks 9.

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 450-454.

Dowrick, C. en Buchan, I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *British Medical Journal*, 1995, nr. 311, p. 1274-1276.

Mrazek, P.J., Haggerty, R.J. *Reducing risks for mental disorders*. Washington DC: National Academy Press, 1994.

Ormel, J., *et al.* Herkenning, behandeling en beloop van angst en depressie in de huisartspraktijk. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 1991, nr. 69, p. 31-37.

Ormel, J., *et al.* Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1994, nr. 138, p. 123-127.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney : Williams & Wilkins, 1996, p. 541-546.

## **j Dementie**

### *- Omvang van het probleem*

De incidentie en prevalentie van dementie in Nederland bedraagt in de groep mensen van 65 jaar en ouder naar schatting 1% respectievelijk 6%. Dat betekent dat er ruim 100.000 personen met dementie in Nederland in leven zijn, meer vrouwen dan mannen. De prevalentie stijgt sterk met de leeftijd.

De twee belangrijkste vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer (ca 70% van alle gevallen) en vasculaire dementie, die verband houdt met hart- en vaatziekten in het algemeen en met de diagnose cerebrale atherosclerose in het bijzonder (15-20%).

### *- Stand van de wetenschap*

Primaire preventie van vasculaire dementie is mogelijk door het voorkomen danwel behandelen van met name hypertensie en atriumfibrilleren. Primaire preventie van de ziekte van Alzheimer is niet mogelijk, aangezien de oorzaak onbekend is en bekende risicofactoren (leeftijd, geslacht, familiair voorkomen) zich niet lenen voor preventie.

Secundaire preventie in de vorm van een bevolkingsonderzoek op (beginnende of aanstaande) dementie in de gezonde oudere bevolking voldoet niet aan de criteria van Wilson en Jungner, met name criteria 2, 4 en 5 en dient daarom afgewezen te worden.

Er zijn geen therapieën bekend die het ziekteproces afremmen; wel zijn er aanwijzingen dat mentale stimulatieprogramma's een positief effect zouden kunnen hebben op cognitieve functies.

Voor programmatische preventie levert dit nog te weinig aanknopingspunten op.

Voorts zijn er op grond van onderzoek aanwijzingen dat activeringsprogramma's een gunstig effect hebben op het psychosociale functioneren (bijvoorbeeld minder nachtelijke onrust en agressie). Van andere therapieën is geen positief effect aangetoond. Al deze therapieën liggen op het vlak van kwaliteit van zorg en leven, hetgeen buiten het kader van deze notitie valt.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Veel onderzoek wordt verricht naar genetische achtergronden en nieuwe vormen van vroege diagnostiek van de ziekte van Alzheimer. Het is niet duidelijk of dit zal leiden tot resultaten die bruikbaar zijn voor preventie. Onderzoek naar de effecten van tertiaire preventie dient afgewacht te worden.

De conclusie is dan ook dat er nog lang geen zicht bestaat op programmatische preventie met betrekking tot (Alzheimer) dementie.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en Canada wordt niet aanbevolen om te screenen op dementie, aangezien niet aangetoond is dat het beloop van de ziekte erdoor wordt beïnvloed.

- *Literatuur*

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 902-909.

Dröes, R.M. *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Proefschrift Vrije Universiteit, 1991.

Orrell, M. en Sahakian, B. Education and dementia: research evidence supports the concept 'use it or lose it'. *British Medical Journal*, 1995, nr. 310, p. 951-952.

Schrijnekaekers, V.J.J., *et al.* De effectiviteit van validation: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 1995, nr. 26, p. 205-213.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney:

Williams & Wilkins, 1996, p. 531-540.

**k Incontinentie**

- *Omvang van het probleem*

De omvang van dit probleem wordt verschillend opgegeven. In ca. 95% van alle gevallen betreft het incontinentie voor urine. Hier gaat het om grote aantallen mensen; naar schatting 500 000 tot 800 000 mensen in Nederland zijn incontinent voor urine. In de groep ouderen ligt het aantal tussen de 200 000 en 300 000 personen. Kenmerkend voor ouderen is dat bij hen niet alleen de basisvormen van incontinentie (urge-incontinentie, stress-incontinentie, overloop-incontinentie, psychogene incontinentie) optreden, maar relatief vaak ook een mengvorm.

- *Stand van de wetenschap*

Wat primaire preventie betreft zijn er geen uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek die aanknopingspunten opleveren voor programmatische preventie, bijvoorbeeld gericht op bekkenbodemspieroefeningen.

Momenteel wordt door TNO-PG en de RUL onderzoek gedaan (een vorm van screening in de huisartspraktijk). Het gaat erom latente incontinentie (die niet bekend is bij de huisarts) op te sporen door middel van een korte vragenlijst bij alle ouderen. Juist bij een beladen onderwerp als incontinentie valt te verwachten dat relatief veel patiënten klachten zullen verzwijgen.

Tegenwoordig is het goed mogelijk urine-incontinentie te behandelen. Bij meer dan 70% heeft dit een positief effect; hiervoor is een goede diagnostiek onontbeerlijk. Dat valt echter buiten het bestek van deze notitie (al kan opgemerkt worden dat hier ongetwijfeld nog veel te verbeteren valt).

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

De resultaten van het genoemde experiment dienen afgewacht te worden.

Hoewel dat buiten het bestek van deze notitie valt, lijkt het voor dit onderschatte en vaak niet herkende probleem van groot belang dat meer pogingen worden gedaan om incontinentie bij ouderen te signaleren, de juiste diagnose te stellen en indien mogelijke een adequate behandeling te geven.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten en Canada zijn met betrekking tot dit onderwerp geen aanbevelingen geformuleerd.

- *Literatuur*

Cardozo, L. Urinary incontinence in women: have we anything new to offer? *British Medical Journal*, 1991, nr. 303, p. 1453-1457.

Janknegt, R.A., Remmers, A. en Fiolet, J.F.B.M. Urine-incontinentie bij ouderen: een onderzoek waard? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, nr. 134, p. 2178-2181.

Lagro-Janssen, T.L.M., *et al.* Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *British Journal of General Practice*, 1991, nr. 41, p. 445-449.

Saeyns, A.L. Incontinentie bij bejaarden. *Huisarts en Wetenschap* 1985, nr. 28, p. 19-21.

### ***1 Geneesmiddelgebruik door ouderen***

De door de RVZ geformuleerde aandachtspunten betreffen overmatig medicijngebruik en een goede afstemming tussen de extra- en intramurale sector ten aanzien van medicatiebewaking.

- *Omvang van het probleem*

Over geneesmiddelen en ouderen bestaat een vrij recent advies van de Gezondheidsraad, waarin preventieve aspecten betreffende overmatig gebruik en een goede afstemming tussen de intra- en extramurale sector uitvoerig aan de orde komen. In onderstaand stuk wordt dan ook voornamelijk aan deze notitie gerefereerd.

Vanwege het bestaan van multipathologie op oudere leeftijd gebruiken ouderen meer (combinaties van) geneesmiddelen dan mensen van jongere leeftijd. Bijna twee derde van alle ouderen gebruikt één of meer geneesmiddelen. Het gebruik neemt toe met de leeftijd. De vijf meest gebruikte soorten geneesmiddelen zijn benzodiazepines (35,7% van alle ouderen), NSAID's (19,2%), diuretica (15,3%), bètablokkers (11,5%) en coronaire vasodilators (7,6%).

Het aantal bijwerkingen neemt toe met de leeftijd, doordat ouderen meer geneesmiddelen gebruiken, maar ook door een stijging van het aantal bijwerkingen per geneesmiddel (andere farmacokinetiek en -dynamiek, waardoor er eerder van overdosering sprake is) - vooral bij de ongezonden. Een deel hiervan is te voorkomen omdat er sprake is van overbehandeling (te veel, te hoog en te lang); dit wordt nog versterkt door zelfmedicatie.

De omvang van iatrogene schade t.g.v. overbehandeling is niet precies bekend. Deze schade bestaat vooral uit valongevallen (waarbij bij ouderen heupfracturen kunnen optreden) en een negatief effect op cognitieve functies.

- *Stand van de wetenschap*

Ter voorkoming van overmatig en onjuist geneesmiddelgebruik, al dan niet gepaard gaande met zelfmedicatie, kan voorlichting worden gegeven aan patiënten, maar ook aan voorschrijvers. Een algemeen probleem bij voorlichting aan patiënten is dat dit bij ouderen moeilijker is (visusproblemen bij het lezen, slechthorendheid, achteruitgang cognitieve functies). Voorlichting aan voorschrijvers valt buiten het kader van deze notitie.

Momenteel verrichten TNO-PG en de RUL een experiment plaats waarbij in een aantal huisartspraktijken (alle) ouderen op eenvoudige wijze worden gescreend op geneesmiddelgebruik. Nagegaan wordt of deze werkwijze effectief is en of zij zich leent voor toepassing op grote schaal. Het gaat hierbij in de eerste plaats om de vraag of latente problemen op deze manier zijn op te sporen.

Wat betreft de afstemming tussen de extra- en intramurale sector kan gewezen worden op twee ontwikkelingen die in potentie tot verbetering kunnen leiden, namelijk de projecten transmurale farmacie waarmee een begin is gemaakt en in de toekomst de introductie van de chipkaart met medische gegevens.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

De vraag naar farmacotherapeutische zorg zal door de veranderingen van de bevolkingsopbouw (vergrijzing), de toenemende levensverwachting, de grotere mondigheid en de nog steeds toenemende diagnostische en therapeutische

mogelijkheden verder toenemen. En daarmee bestaat de kans dat een probleem als overmatig gebruik ook meer zal voorkomen.

Behoeftte bestaat aan onderzoek naar de omvang van overbehandeling. Hetzelfde geldt voor onderzoek naar het ontwikkelen van goede, gerichte voorlichting op dit gebied en het meten van de effecten daarvan. Hierbij is het belangrijk niet alleen aandacht te schenken aan (eventuele bijwerkingen van) voorgeschreven geneesmiddelen, maar ook aan zelfmedicatie. De resultaten van het genoemde experiment in de huisartspraktijk dienen afgewacht te worden. Afhankelijk van deze uitkomsten kan gewerkt worden aan de verdere ontwikkeling van interventie-methodieken ten behoeve van huisartsen en/of anderen.

Daarnaast is het wenselijk dat projecten op het gebied van transmurale farmacie en de introductie van de chipkaart goed geëvalueerd worden. Tenslotte komen er in de huisartspraktijk door de verdergaande automatisering steeds meer mogelijkheden van medicatiebewaking.

- *Buitenlandse adviezen*

De twee standaardwerken doen op dit punt geen aanbevelingen. Hierbij dient aangetekend te worden dat de geneesmiddelenvoorziening in andere landen over het algemeen heel anders is geregeld dan in Nederland. Wat betreft medicatiebewaking heeft Nederland het voordeel dat mensen in hoge mate hun geneesmiddelen betrekken van één apotheek, waar men de medicatiehistorie kent.

- *Literatuur*

Gezondheidsraad, Commissie Gerontofarmacotherapie. *Geneesmiddelen en ouderen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994.

***m1 Ongevallen/veiligheid in de privé-sfeer***

- *Omvang van het probleem*

Ongevallen in de privésfeer betreffen ongevallen die plaatsvinden in en om de woning, in openbare gebouwen, op school, tijdens sport, op straat en in de recreatieve sfeer, voor zover ze niet plaatsvinden in het verkeer of tijdens beroepswerkzaamheden. Een belangrijk type ongevallen wordt



gevormd door val-ongevallen. De incidentie bij personen van 65 en ouder ligt in de orde van 30%; als we naar alleen de hogere leeftijdsgroepen kijken is de incidentie ca. 40%. Poliklinisch behandeld worden jaarlijks ca. 2 600 ouderen (55+) per 100 000; dit aantal neemt toe met de leeftijd. En in een ziekenhuis opgenomen worden ongeveer 30 000 personen van 55 jaar en ouder, 900 per 100 000; dit aantal neemt sterk toe met de leeftijd (in ca 80% van de gevallen betreft het een fractuur). In buitenlands onderzoek is gevonden dat het in 5-10% van de valongevallen bij ouderen gaat om een fractuur of ander ernstig letsel. Het gaat dus om een aanzienlijk probleem.

- *Stand van de wetenschap*

In Nederland worden momenteel nogal wat initiatieven ontplooid; deze gaan (vrijwel allemaal) niet gepaard met een deugdelijk (effect)onderzoek. In een (beperkt) aantal buitenlandse studies zijn interventies gedaan met een effectmeting. De uitkomsten zijn wisselend; in een aantal gevallen vond men positieve effecten van de interventie, in andere geen of een negatief effect. Interessant is dat de studies waar men een positief effect vond gericht waren op bepaalde risicogroepen, zoals ouderen die al eerder waren gevallen, slaapmiddelen gebruikten, of problemen hadden met het evenwicht. De interventies omvatten oefeningen in combinatie met voorlichting of educatie. In de studies met geen of een negatief effect daarentegen richtte men zich over het algemeen op willekeurige groepen ouderen.

Een belangrijke serie studies op dit gebied, het FICSIT project in de Verenigde Staten, is momenteel nog niet helemaal afgerond.

Wat betreft de risicogroepen zijn er op grond van onderzoek aanwijzingen dat het vooral gaat om mensen die eerder zijn gevallen, slaapproblemen hebben in het algemeen en daarvoor geneesmiddelen gebruiken in het bijzonder, soms of vaker duizelig zijn, pijnstillers gebruiken, en om mensen die ernstig gespannen zijn en daarvoor geneesmiddelen gebruiken. Gezondheid is dus belangrijk; omgevingsfactoren (obstakels, drempels e.d.) spelen over het algemeen een minder belangrijke rol; bij risicogroepen zijn ze echter wel belangrijk.

- *Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

In de periode 1984-1992 is het aantal ongevallen in de privé-sfeer bij ouderen duidelijk toegenomen. Gezien de demografische veranderingen en de tendens langer thuis te blijven zal deze trend zich waarschijnlijk doorzetten.

De resultaten van het onderzoek op dit terrein rechtvaardigen nog geen programmatische preventie op grote schaal. Voordat daar sprake van kan zijn dient nog veel kennis vergaard te worden. In de eerste plaats van de aard en omvang van risicofactoren in het algemeen. Ten tweede is een scherpere omschrijving nodig van risicogroepen waar interventies zich op dienen te richten. Vervolgens dienen interventies ontwikkeld te worden die toegesneden zijn op deze risicogroepen en - personen; hierbij is het enerzijds van belang individuele mogelijkheden van mensen te verbeteren (bijv. m.b.t. spiersterkte, hulpmiddelen als heupbeschermers e.d., terugdringen overmatig geneesmiddelgebruik), anderzijds om omgevingsfactoren te beïnvloeden (weghalen drempels, plaatsen steunen etc). Daarna zou inzicht moeten worden verkregen in de effectiviteit van verschillende interventiestrategieën, alsmede in de relatie tussen effecten en kosten. Een ontwikkeling die momenteel op gang komt, betreft de vraag in hoeverre het mogelijk en wenselijk is bij het ontwerpen van allerlei producten rekening te houden met functieverlies dat vooral bij ouderen optreedt (visus, bewegingsbeperking, evenwichtsstoornissen, verminderde cognitieve functies). Dit thema is momenteel onderwerp van onderzoek; de resultaten dienen afgewacht te worden om uit te kunnen maken of hier aanknopingspunten voor programmatische preventie liggen.

- *Buitenlandse adviezen*

In de Verenigde Staten wordt voorlichting aan ouderen aanbevolen over specifieke maatregelen om valongevallen te voorkomen. In Canada wordt bepleit geen screening te doen op risicofactoren die de kans op vallen vergroten, maar wel voorlichting te geven aan ouderen ter verkleining van de kans op valongevallen.

- *Literatuur*

Bulajic-Kopjar, M., Kopjar, B. en Wiik, J. *Unintended injuries among elderly people: effectiveness of prevention*. Oslo: National Institute of Public Health, Department of Population Health

Sciences, 1994.

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 912-920.

Luukinen, H., Koski, K. en Kivela, S.L. Home and Leisure accidents among elderly: incidence and risk factors. In: Rogmans, W.H.J. & Illing, B. *Promotion of safety for older people at home*. proceedings of a European conference on the promotion of safety for older people at home, held in Stavanger on 14th - 16th May 1995. ECOSA, The Netherlands, Amsterdam, 1995.

Province, M.A., *et al.* The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *JAMA*, 1995, nr. 273, p.1341-1347.

Tinetti, M.E., *et al.* A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*, 1994, nr. 331, p. 821-827.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney : Williams & Wilkins, 1996, p. 659-685.

Wijlhuizen, G.J., Staats, P.G.M. en Radder, J.J. *Veiligheid in de peiling*. Leiden: TNO-PG, 1996.

Wolf-Klein, G.P., *et al.* Prevention of falls in the elderly population. *Arch Phys Med Rehabil* 1988, nr. 69, p. 689-691.

## ***m2 Alarmering en veiligheidstechnologie thuis***

### ***- Omvang van het probleem***

De meeste ouderen willen zo lang als mogelijk is zelfstandig blijven wonen en in de meeste gevallen lukt dat ook. Negentig procent van de ouderen (65 plussers) woont zelfstandig en circa 10% woont geïstitutionaliseerd. Tegelijkertijd echter willen de ouderen de zekerheid hebben dat als hun iets overkomt, er snel hulp aanwezig is.

Voorzover er een gezonde partner aanwezig is, is dat niet zo'n probleem, maar indien die er niet is, wordt geopteerd voor

andere oplossingen, waarvan het alarmeringssysteem er een is. Door het actief indrukken van een knop op een medaillon wordt een signaal via de telefoon uitgestuurd naar een centrale, van waaruit door een centralist actie kan worden ondernomen. Steeds vaker wordt dit systeem ondersteund door de zogenaamde spreek-luisterverbinding, die vanuit de centrale gelegd kan worden naar de woning van de betrokken oudere. Voor sommige ouderen is een actief systeem waarbij zij zelf de knop moeten indrukken niet geschikt, bijvoorbeeld mensen die niet (meer) kunnen inschatten of er sprake is van een noodsituatie (dementerende ouderen), maar ook mensen die in situaties terecht kunnen komen, waarbij zij niet meer bij machte zijn om de knop in te drukken, bijvoorbeeld vanwege bewusteloos raken. Voor die personen zijn andere systemen vereist: intelligente, passieve alarmsystemen.

Aantallen potentiële gebruikers van intelligente alarmering zijn nog niet te geven omdat het juist een wezenlijk punt in te starten ontwikkelingsonderzoek is om vast te stellen welke groepen in aanmerking komen. De bedoeling is dat beginnend dementerenden als eerste zullen worden onderzocht. De vraag is bij welke mate van ernst passieve alarmering zinvol wordt (ondergrens) en bij welke mate van ernst opname niet langer is uit te stellen (bovengrens); deze twee grenzen zullen het potentiële aantal demente gebruikers definiëren. Vervolgens wordt gekeken naar andere aandoeningen.

- *Stand van de wetenschap*

De huidige communicatie- en computertechnologie maken het mogelijk om geïntegreerde systemen te ontwerpen, die signalen af geven in bepaalde situaties, zonder dat de betrokkene zelf iets bewust hoeft te doen (vandaar de naam passieve alarmering of intelligente alarmering). Het is zelfs mogelijk om die systemen via feedback-regels te laten 'leren'. De reactie op die signalen kan afhangen van de situatie waardoor die signalen zijn ontstaan. Om enkele simpele voorbeelden te geven: als iemand de gaskraan van een fornuis opendraait, maar vergeet het gas aan te steken of vergeet er een gevulde pan op te zetten, kan een signaal gegeven worden, waardoor die gaskraan automatisch gesloten wordt (zie de huidige CV-installatie). Het systeem kan ook gebruikt worden om beweging in of naast een bed te constateren en op 'ongewone' bewegingen of juist het ontbreken daarvan te reageren met een signaal naar een centrale. In plaats van spreek-luister verbindingen kan er een spreek-

luister-video verbinding gemaakt worden om contact te leggen. In een vooronderzoek heeft TNO-PG onderzocht hoe zowel patiënten als zorgverleners op eventuele toepassing van dergelijke systemen reageren. Hoewel men een aantal voorwaarden, met name op het gebied van de privacy en de aansprakelijkheid vervuld wil zien, staan de meesten er positief tot zeer positief tegenover.

Een mogelijkheid om de privacy zoveel mogelijk te garanderen kan gevonden worden in de vorm van een getrappt systeem, waarin permanent een niet-privacy gevoelig signaal wordt gevolgd en waarin pas bij een ongebruikelijke situatie op zichtbare en corrigeerbare wijze een meer privacy-gevoelig signaal als bijvoorbeeld een videocamera wordt ingeschakeld. Het verkrijgen van optimale informatie op afstand is van vitaal belang om te voorkomen dat de zorgorganisatie ontregeld raakt door een te groot percentage 'loos alarm'.

*- Belangrijke wijzigingen in de komende tijd?*

Op dit terrein bestaat nog lang geen zicht op programmatische preventie; passieve/intelligente alarmering staat nog in de kinderschoenen. Nergens in Europa wordt het al in praktijk gebracht in de thuissituatie, ook niet experimenteel (intramuraal gebeurt dat wel).

Om te bezien of intelligente alarmeringssystemen daadwerkelijk bijdragen aan het langer verantwoord zelfstandig wonen van ouderen is nader onderzoek noodzakelijk, vooral door middel van toegepaste experimenten. Dit geldt te meer, indien de betrokken ouderen in principe voor opname in aanmerking komen, dus een grote hulpbehoefendheid hebben. De systemen dienen dan op hun betrouwbaarheid getest te worden, maar tegelijkertijd dient ook het zorgsysteem dat 'achter' het alarmeringssysteem zit, op adequaatheid en snelheid van handelen bekeken te worden. Een belangrijke reden is dat het hier een categorie patiënten betreft die sneller professionele hulp nodig heeft, en wellicht zelfs specifieke professionele hulp, dan de gemiddelde, zelfstandig wonende oudere.

- *Buitenlandse adviezen*

In de twee standaardwerken komt dit onderwerp niet aan de orde.

- *Literatuur*

Bruggers, J.H.A en Vermijs, P.A.G. *Handboek sociale alarmeringsystemen*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1993.

Pepls, C.G.M., Fahrenfort, M., Wiewel, R.F. *Het verpleeghuisbed thuis*. Utrecht: NZI, 1993.

Vermeulen, H.B.M. *Vallen en valpreventie in het verpleeghuis*. Proefschrift KUN, 1994.

Vlaskamp, F.J.M., Beks, M.C.M. *Alarmeringsystemen voor ouderen en gehandicapten*. Hoensbroek: IRV, 1988.

Zaal, K., Perenboom, R.J.M. en Boxsel, J.A.M. van. *Passieve alarmering voor verpleeghuispatiënten in de thuissituatie*. Leiden: NIPG; 1994.

***n Lichamelijke inactiviteit bij ouderen***

- *Omvang van het probleem*

De prevalentie van gebrek aan lichaamsbeweging in de bevolking is sterk afhankelijk van de definitie die men hanteert. Volgens de Gezondheidsenquête van het CBS is 34% van de volwassen Nederlanders nagenoeg inactief in de vrije tijd, 43% enigszins lichamelijk actief en 23% voldoende lichamelijk actief. Tevens blijkt dat slechts 19% van de Nederlanders van 55 jaar en ouder vanuit het oogpunt van de gezondheid voldoende lichamelijk actief is en dat zelfs 37% van hen een nagenoeg inactieve leefstijl heeft. Bij de ouderen van boven de 65 jaar is de mate van inactiviteit nog hoger. Met toenemende leeftijd is het percentage inactieve vrouwen hoger dan bij de mannen.

- *Stand van de wetenschap*

Gebrek aan lichaamsbeweging is geassocieerd met aandoeningen als coronaire hartziekten, diabetes mellitus type II, osteoporose, overgewicht en hypertensie. Uit onderzoek is gebleken dat bewegen, ook door ouderen, een effectief middel

is om deze aandoeningen te voorkomen danwel te verminderen of de kans op complicaties te verkleinen. Daarnaast kan bewegen door ouderen de zelfstandigheid stimuleren en de kwaliteit van het leven bevorderen. Interessant is dat er steeds meer wetenschappelijke kennis beschikbaar komt over de gezondheidswinst van laag-intensieve bewegingsvormen. Dit zal mogelijk leiden tot meer nadruk op het stimuleren van meer wandelen, fietsen, traplopen e.d. door ouderen.

Er bestaan in Nederland verschillende initiatieven om bewegen door ouderen te stimuleren (Meer Bewegen voor Ouderen, de landelijke campagne Nederland in Beweging (in 1995 en 1996 gericht op chronisch zieken en ouderen), het programma Goed Oud Worden en het Groninger Actief Leven Model 55+).

Hoewel in het kader van enkele van deze initiatieven wetenschappelijk onderzoek plaats heeft, moet gesteld worden dat het tot nu toe ontbreekt aan een goede effectmeting (niet alleen op korte, maar vooral ook op langere termijn); ook zijn strategieën om de hoogste risicogroepen te omschrijven en vervolgens te bereiken nog niet of onvoldoende ontwikkeld (een uitzondering hierop vormt een recente studie waarin een aanzet is gegeven voor selectie van hoge-risicogroepen door middel van het meten van de quadricepsfunctie).

Het is dan ook niet goed mogelijk op grond van de beschikbare kennis over te gaan tot een landelijk preventieprogramma op dit terrein.

Overigens zij vermeld dat van het uit Canada afkomstige programma 'Active Living', dat heeft gediend als voorbeeld voor diverse projecten die in Nederland zijn opgezet en worden uitgevoerd, ook geen (deugdelijke) effectstudies bekend zijn.

*- Belangrijke wijzigingen de komende tijd?*

De totale doelgroep met betrekking tot dit onderwerp zal door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking groeien. De verwachting is dat het bewegingsaanbod voor ouderen bij fitnesscentra, sportscholen, sportverenigingen en particuliere instellingen (b.v. praktijken fysiotherapie) hierdoor belangrijk zal toenemen.

Eerder werd gesteld dat de tijd nog niet rijp is voor programmatische preventie. Voor de ontwikkeling daarvan dient informatie beschikbaar te komen over een aantal aspecten. In de eerste plaats over de effectiviteit van verschillende preventie-strategieën; dit geldt in het bijzonder voor de langere-termijn effecten. Ten tweede bestaat behoefte aan inzicht in de doelmatigheid (de relatie tussen kosten en effecten). In de

derde plaats is er behoefte aan het nader omschrijven van risicogroepen. Ouderen vormen als zodanig een zeer heterogene groep; men kan zich voorstellen dat er voor 55 - 65 jarigen andere programma's worden gemaakt dan voor mensen boven de 70 jaar. Daarnaast hebben ouderen relatief veel meer chronische aandoeningen (waaronder hart-vaatziekten, respiratoire aandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat met bewegingsbeperkingen); dat neemt toe met de leeftijd. Zij zijn ook anderszins kwetsbaarder, hetgeen wellicht de eis meebrengt dat de protocollen van bewegingsprogramma's toegespitst dienen te worden op individuele personen, waarbij met die aandoeningen en beperkingen rekening wordt gehouden. De vraag wie deze adviezen zou moeten geven, blijft hier buiten beschouwing. Vooral in de hoogste leeftijdsgroepen zijn programma's met laag-intensieve bewegingsvormen aangewezen.

Voorts is het nodig methoden te ontwikkelen om de (hoogste) risicogroepen te bereiken; ook op dit punt valt nog veel werk te verzetten.

- *Buitenlandse adviezen*

In de twee standaardwerken wordt, gezien de omvang van het probleem, voorlichting aanbevolen, ondanks het feit dat men niet overtuigd is van de effectiviteit.

- *Literatuur*

Backx, F.J.G., Swinkels, H. en Bol, E. Hoe lichamenlijk (in)actief zijn Nederlandse volwassenen in hun vrije tijd? *Maandbericht Gezondheid*, 1994, nr.3, p. 4-11.

Boshuizen, H.C., Miedema, M.C en Staats, P.G.M. *Haalbaarheidsstudie interventie-onderzoek 'screening en training van de quadricepsfunctie': verslag van de eerste fase*. Leiden: TNO-PG, 1995.

Canadian task force on the periodic health examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Minister of Supply and Services Canada, 1994, p. 560-569).

Hagberg, J.M. *Physical activity, fitness and health, ageing*. In: Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics Books, 1994.



Hickey, T. *Low risk exercise for high risk elderly in community environments*. Paper presented on 3rd international Conference on Physical Activity, Aging and Sports, 1992.

Hell, L. van en Hopman-Rock, M. *Ontwikkeling en evaluatie van het programma 'Goed Oud Worden': de testfase*. Leiden: TNO-PG, 1995.

Kallinen, M. en Markku, A. Aging, physical activity and sports injuries: an overview of common sports injuries in the elderly. *Sports Medicine*, 1995, nr. 20(1), p. 41-52.

Luukinen, H., Koski, K. en Kivela, S.L. *Home and Leisure accidents among elderly: incidence and risk factors*. In: Rogmans, W.H.J. & Illing, B. Promotion of safety for older people at home. proceedings of a European conference on the promotion of safety for older people at home, held in Stavanger on 14th - 16th May 1995. ECOSA, The Netherlands, Amsterdam, 1995.

Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid. *Nederland in Beweging*. Papendal, 1995

Pate, R.R., *et al.* Physical activity and public health. *JAMA*, 1995, nr. 273, p. 402-407.

Province, M.A., *et al.* The effects of exercise on falls in elderly patients: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *JAMA*, 1995, p. 273, nr. 1341-1347.

Shephard, R.J. *Physical activity and ageing*. 2nd ed. London: Croon Helm, 1990.

Stevens, M., *et al.* Groningen Actief Leven Model. *Lichamelijke Opvoeding*, 1995, nr. 14, p. 640-644.

Stiggelbout, M., Opmeer, C. en Westhoff, M. *Lichamelijke activiteit van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten: Bevordering van mobiliteit, zelfstandig functioneren en gezondheid van speciale groepen door stimulering van hun lichamelijke activiteit*. Leiden, TNO-PG, 1996 (concept).

Tinetti, M.E., *et al.* A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community.

*New England Journal of Medicine*, 1994, nr. 331, p. 821-827.

United States preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney: Williams & Wilkins, 1996, p. 611-624.

### **3.3 Enkele conclusies**

Tot slot worden in deze paragraaf enkele conclusies getrokken. De eerste vraagstelling die in paragraaf 3.1 werd beschreven luidde wat de stand van zaken is betreffende de wetenschap ten aanzien van een aantal gezondheidsproblemen, preventiegebieden en -methoden? Hierop is in de vorige paragraaf antwoord gegeven. De tweede vraagstelling is welke nieuwe programmatische preventie op deze gebieden kansrijk wordt in de naaste toekomst. Ten aanzien van enkele onderwerpen blijkt het niet nodig extra inspanningen te doen aangezien men reeds bezig is beleid voor te bereiden (DTP-vaccinatie) of omdat het huidige beleid niet noopt tot wijziging (leeftijdsgrenzen voor screening op baarmoederhals- en borstkanker).

Voor veel onderwerpen geldt dat de tijd nog niet rijp is voor programmatische preventie omdat daarvoor de noodzakelijke informatie ontbreekt. Om die informatie te verkrijgen zijn experimenten nodig, die op wetenschappelijk verantwoorde manier geëvalueerd dienen te worden. Daarbij dient niet alleen naar de proces-kant gekeken te worden, maar is het (vooral) ook nodig effecten op de gezondheid te meten. Nu worden op verschillende gebieden allerlei activiteiten ondernomen zonder dit inzicht. Ook is het nodig strategieën te ontwikkelen om risicogroepen te bereiken.

Tenslotte valt het op dat de groep ouderen zeer heterogeen is. Er bestaan grote verschillen tussen pakweg mensen van 55 en 65 jaar aan de ene kant en mensen boven de 70 jaar aan de andere. (Poly)morbiditeit neemt duidelijk toe met de leeftijd. En veel lichamelijke en psychische functies (mobiliteit in relatie tot bewegingsbeperking, gehoor, visus, balans, reactiesnelheid, cognitieve functies) gaan met het ouder worden achteruit. Dit betekent niet alleen dat mensen met het stijgen van de leeftijd steeds meer problemen met de gezondheid (ziekten, stoornissen, beperkingen) krijgen, maar ook dat dit de deelname aan preventieve activiteiten bemoeilijkt. Bij het

ontwikkelen van preventie-strategieën dient hiermee rekening te worden gehouden.

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;  
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,  
Dordrecht, omslag  
Uitgave: 1996  
ISBN: 90-5732-007-x

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,-  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer  
onder vermelding van publicatienummer 96/08*

© voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening