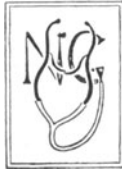


huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

VAN DE CONGRESKOMMISSIE

De taak van de huisarts bij de bejaardenzorg

De snelle toeneming van het aantal bejaarden in alle Westeuropese landen en een andere instelling, welke ten opzichte van deze bevolkingsgroep is geboden, stelt allen, die betrokken zijn bij het welzijn van de bevolking, voor nieuwe problemen op verschillende gebieden: financieel-economisch, cultureel, sociaal en ook medisch. De sterke uitbreiding van het medisch kennen en kunnen van de laatste decennia schept nieuwe mogelijkheden en daardoor nieuwe opgaven voor de arts. Mede door deze nieuwe mogelijkheden is de levensverwachting voor de Nederlander in de laatste halve eeuw ruim twintig jaar groter geworden. Rekening houdend met de bevolkingsaanwas van de laatste jaren, is te verwachten, dat er binnen afzienbare tijd in ons land één en een kwart tot anderhalf miljoen mensen zullen zijn van 65 jaar en ouder. Een 65-jarige had in het begin van deze eeuw nog gemiddeld twaalf jaar te leven, nu nog veertien tot vijftien jaar. Het lijkt of er een gemiddelde leeftijdsgrens is, welke een limiet bereikt. De mensen worden dus niet veel ouder, maar er komen meer oude mensen.

Aan de artsen van deze en de volgende generatie wordt mede de taak opgelegd te zorgen, dat dit snel groeiende aantal bejaarden een leefwaardig bestaan kan leiden, „to add life to years, not years to life”. Hiertoe is een heel andere aanpak nodig dan voorheen. Behalve aan het curatieve aspect zal meer aandacht moeten worden besteed aan profylaxe, revalidatie, psychologische factoren en dergelijke; kortom, voor de bejaarden is een meer integrale geneeskundige benadering nodig. Deze krijgt weer een bijzonder facet door het anders zijn van de oudere mens, door zijn veranderde instelling ten opzichte van leven en dood, een instelling, welke William Powel op de volgende wijze onder woorden heeft gebracht:

A little more tired at close of day,
A little less anxious to have our way,
A little less ready to scold and blame
A little more care for a brother's name;
And so we are nearing the journey's end
Where time and eternity blend.

A little more love for the friends of youth,
A little less for established truth,
A little more charity in our views,
A little less thirst for the daily news;
And so we are folding our tents away
And passing in silence at close of day.

A little more leisure to sit and dream,
A little more real the things unseen,
A little bit nearer to those ahead,
With visions of those long-loved and dead;
And so we are going where all must go,
To meet the place the living may never know.

Deze instelling leidt er gemakkelijk toe, dat de bejaarde invaliditeit gauw aanvaardt en er daardoor niet zo snel toe komt hulp in te roepen — hoe vaak zijn het niet de familieleden, die ons, tegen de wil van de patiënt, waarschuwen? — en hem er bovendien toe brengt de voorgeschreven maatregelen passief te ondergaan.

Op lichamelijk gebied wordt de medische benadering bemoeilijkt door de veranderde reacties van het organisme, waardoor een gewijzigde symptomatologie ontstaat en de diagnostiek, tengevolge van het door elkaar heen spelen van degeneratieve afwijkingen en nieuwe pathologische reacties, ingewikkelder wordt. Het is duidelijk, dat een grondige kennis van de vele factoren, die het ziekteverloop bij de bejaarden anders doen zijn, en een diepgaand

inzicht in de psyche van de mens in „de tweede levenshelpt” nodig zijn voor de behandeling van oude patiënten.

Kan men deze taak toevertrouwen aan de huisarts, of dienen wij deze te delegeren aan specialisten op dit gebied? De titel van dit opstel is positief en geeft aan, dat wij van mening zijn, dat het eerste zeker het geval is. Zelfs willen wij de stelling pennen, dat medische zorg voor bejaarden in de eerste plaats een taak is voor de huisarts. Om te beginnen reeds om deze praktische reden, dat er nooit genoeg geriatrische specialisten kunnen worden opgeleid om alle bejaarden te verzorgen. Maar er zijn vooral principiële redenen. Op de conferentie van Woudschoten in 1959 werd de taak van de huisarts gezien als „een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van degenen, die zich aan hem hebben toevertrouwd”. Deze continuïteit strekt zich uit over het gehele leven. De patiënten, die de huisarts — met zichzelf! — ouder ziet worden, veranderen niet opeens in mensen, die een ander soort geneeskunde nodig hebben. Verder verlangt deze continuïteit een zorg, die in feite gedurende het gehele etmaal en 365 dagen per jaar aanwezig is.

Men is het er in het algemeen wel over eens, dat het wenselijk is de bejaarde zo lang mogelijk en zo veel mogelijk in zijn eigen, vertrouwde milieu te laten. De vereenzaming, die iedere bejaarde ondergaat door het wegvallen van oude bekenden, veranderingen in levensstijl en het zich niet meer kunnen aanpassen aan nieuwe situaties, maken het moeilijk hem uit zijn eigen sfeer te halen; oude bomen moet men niet verplanten. Het opnemen van bejaarden in rust- en verpleegtehuizen en dergelijke, moet dan ook worden gezien als een noodmaatregel, welke door talrijke omstandigheden, economische, sociale en andere, niet is te ontgaan, maar die er onvermijdelijk toe moet leiden, dat de bejaarde zijn isolement, zijn uitgeschakeld zijn, sterker beleeft. Alle verzorging in dergelijke instituten, hoe goed ook, doet hieraan niet af. Het zal dus zaak zijn zodanige sociale en sociaal-medische voorzieningen te treffen, dat het de bejaarde mogelijk wordt zichzelf te blijven.

Nu behoort tot dit eigen, vertrouwde milieu een eigen huisarts, die ieder vrij kiest en aan wie hij zich toevertrouwt. De huisarts is stads- of dorpsgeenoot van hem en kent niet alleen de patiënt maar ook zijn omgeving, zijn familie, zijn woonplaats. Hierdoor zal hij ook de bejaarde zelf beter kennen dan wanneer deze als enkeling, geïsoleerd van zijn achtergronden, wordt beschouwd. Omgekeerd kan de huisarts door het contact met de bejaarden dikwijls veel leren over zijn andere patiënten. Veel huisartsen hebben de gewoonte van tijd tot tijd hun bejaarde patiënten eens op te zoeken. Een praatje over de kinderen, al of niet uitgelokt tijdens zo'n bezoek, kan voor beiden leerzaam zijn. Degenen, die op deze wijze regelmatig contact onderhouden met hun bejaarde patiënten, zullen ervaren dat de patiënt hiervoor zeer dankbaar is en dat deze bezoeken niet

als verloren tijd kunnen worden beschouwd. Verder zal, omdat de huisarts patiënten van alle leeftijden heeft, meer sprake kunnen zijn van een continuüm in de behandeling, waardoor ook de profylactische beïnvloeding van ouderdomsbezwaren meer tot haar recht kan komen.

Hiertegenover staat, dat een specialistisch-geriatrische behandeling — hoe ook georganiseerd, als consultatiebureau of anderszins — nooit alle bejaarden kan bereiken, omdat deze behandeling alleen ten goede kan komen aan die bejaarden, die zich eigener beweging, zij het eventueel op advies van hun huisarts, aanmelden. Aan de andere kant kan de geriatrisch geschoolde internist over meer en uitgebreidere hulpmiddelen beschikken dan de huisarts. Wil dus de zorg voor de bejaarden, welke de huisarts kan en, zoals boven uiteengezet, moet geven, aan haar doel beantwoorden, dan zal het nodig zijn dat de huisarts ruimschoots de beschikking krijgt over de benodigde middelen en de hulp van allerlei werkers op sociaal, verpleegkundig en revaliderend gebied. Hiervoor zal een uitgebreide organisatie moeten worden opgebouwd, waarin huisartsen, Kruisverenigingen, geriatrisch geschoolde internisten, revalidatie-specialisten en vele anderen nauw moeten samenwerken.

Op welke wijze de huisarts in staat kan worden gesteld deze deeltaak naar behoren te vervullen en welke hulp en bijstand hij daarbij dient te krijgen van medische en para-medische instanties, hoopt de Congrescommissie te kunnen belichten tijdens het N.H.G.-congres op 25 november 1961. Tijdens de middagvergadering zal een forumdiscussie worden georganiseerd met als onderwerp: „De taak van de huisarts bij de bejaardenzorg”. Dit gesprek zal worden geleid door Prof. R. Hornstra te Utrecht en daaraan zullen deelnemen de collegae Dr J. Th. R. Schreuder, internist te Hilversum, F. J. G. Oostvogel, geneesheer van Huize Antonius te Rotterdam, J. J. M. Michels, huisarts te Wagenberg, Dr H. Takens, huisarts te Roodeschool, B. Wartena, oud-inspecteur Volksgezondheid te Leeuwarden en Dr C. W. A. van den Dool, huisarts te Stolwijk.

Indien de huisarts de centrale plaats, welke hem bij de medische bejaardenzorg toekomt, wil blijven bezetten, zal hij zich, meer dan tot nu toe, bewust dienen te zijn van hetgeen er van hem op dit gebied wordt verlangd. Hij zal mee moeten helpen het „thuisfront” te versterken door zich bijvoorbeeld vertrouwd te maken met de revalidatiemogelijkheden in de algemene praktijk, door zich af te vragen op welke wijze — door „friendly visiting” of door georganiseerd periodiek geneeskundig onderzoek — hij gezondheidsvoorlichting zou kunnen geven, vooral op preventief gebied, en hoe hij zou kunnen bereiken, dat klachten en afwijkingen eerder worden geuit respectievelijk ontdekt. Het forum zal niet op alle vragen een afdoend antwoord kunnen geven, doch hoopt met deze discussie de huisarts te stimuleren ook deze taak tot welzijn van zijn bejaarde patiënten en tot eigen voldoening uit te oefenen.