

De taak van de huisarts bij de zorg voor de bejaarden

SAMENVATTING VAN EEN FORUMBESPREKING* GEHOUDEN OP HET N.H.G.-CONGRES 1961,
DOOR J. M. DEVEER, HUISARTS TE UTRECHT

Men kan zich afvragen welke redenen ons er toe brengen stil te staan bij de taak van de huisarts ten opzichte van zijn bejaarde patiënten. De algemene intensivering van de geneeskundige zorg speelt zeker een rol. Het toenemende aantal bejaarden — en dit spreekt veel sterker — zal er toe leiden, dat een steeds groter percentage van de verrichtingen van de huisarts bij de bejaarden zal moeten gebeuren.

Daarnaast staat een kentering in de structuur van de bejaardenzorg. In de jaren na de oorlog is in dit verband sterk de nadruk gevallen op uiteenlopende vormen van speciale huisvesting voor bejaarden. De oudere mens is minder flexibel, houdt niet van veranderingen, van verplaatsingen, van nieuwigheden. Hem los te maken uit zijn oude milieu kan grote schade toebrengen aan zijn levenshouding en daardoor, ondanks het groepsverband, zijn isolering vergroten. Uitgaande van de stelling, dat bejaardenzorg de zelfstandigheid van bejaarden beoogt, zal men strenge normen moeten stellen voor het opnemen van bejaarden in tehuizen, te weten: de bejaarde verkere in een noodtoestand, die het zelfstandig blijven wonen bepaald ongewenst maakt.

Dit alles leidt er toe het thuisfront, dus ook het medisch thuisfront van de bejaarde, te versterken. Daartoe lijkt het nuttig zich op de taak van de huisarts scherp te bezinnen.

In wezen is de taak van de huisarts voor bejaarden niet verschillend van die voor andere groepen uit zijn praktijk. Wel komen bij de inhoud van die taak speciale accenten naar voren, terwijl bij de uitoefening min of meer bijzondere moeilijkheden een rol kunnen spelen.

Laat ons allereerst die moeilijkheden in ogen-schouw nemen:

1 De huisarts zal bij zichzelf een affectieve weerstand moeten overwinnen. Het is moeilijk om te gaan met mensen, die langzamer van begrip zijn, sterk zijn gebonden aan ouderwetse ideeën, traag in hun handelen en daarenboven een weerstand vertonen tegen een algemeen lichamelijk onderzoek. Het is on dankbaar te werken aan iets dat als onafwendbaar wordt beschouwd, en waarbij spectaculaire successen zijn uitgesloten. Het gebrek aan medewerking en begrip van de patiënt en zijn omgeving werken ontmoedigend. Het zich verdiepen in de problematiek van de oudere mens betekent het zich realiseren van de eigen toekomstige moeilijkheden van de geestelijke en lichamelijke achteruitgang. Dit onderwerp schuift de jonge mens graag van zich af.

* Voorzitter Prof. R. Hornstra, leden: Dr C. W. A. van den Dool, J. J. M. Michels, J. F. G. Oostvogel, Dr J. Th. R. Schreuder, Dr H. Takens en B. Wartena.

2 De multipele pathologie — zo vaak bij bejaarden aangetroffen — stelt hoge eisen aan het diagnostisch en therapeutisch arsenaal van de huisarts. De problemen worden vaak onder voor de huisarts ongunstige werkomstandigheden gepresenteerd. Zij zullen slechts goed kunnen worden aangepakt met hulp van anderen (maatschappelijk werkster, verpleegster, specialist-deskundige). Dit vereist veel integratieve arbeid.

3 De arts heeft als belangrijk doel van zijn medisch handelen het behoud van het leven. Bij bejaarden is hier een duidelijke accentverschuiving; de verlenging van leven moet ook tot levenswaardig bestaan leiden. Het moet niet zo zijn dat verlenging van een bedlegerig plantenleven verlenging wordt van het sterven. Deze accentverschuiving heeft grote gevolgen in onze houding tegenover de bejaarde.

4 Het gemis bij de huisarts van voldoende kennis en ervaring op het gebied van reactivering en revalidatie zijn voor hem een grote handicap, welke door snelle oriëntering zal moeten worden weg-gewerkt. Ook onze nog steeds wat gebrekkige kennis van de „sociale kaart” moet in dit verband worden genoemd.

De moeilijkheden voor de huisarts bij zijn zorg voor de bejaarden zijn hiermede zeker niet alle opgesomd. Met name is het gehele tijds- (en dus honorerings-) probleem van deze omvangrijke zorg niet ter sprake gebracht. Zonder oplossing hiervan zal een adequate zorg van de huisarts voor zijn bejaarden onmogelijk zijn.

Waar liggen nu de belangrijkste punten en mogelijkheden voor de zorg voor bejaarden door huisartsen? Men zou deze kunnen scheiden naar het preventieve en therapeutische aspect.

Preventie. 1 Voorlichting omtrent de voeding. Bij een aanzienlijk deel van de bejaarden is de voeding inadequaat. Ongunstige sociale en economische omstandigheden zijn van invloed op de keuze van de voedingsmiddelen. Het vasthouden aan oude eetgewoonten, het verlies van belangstelling voor het bereiden van voedsel en de verminderde concentratie leiden gemakkelijk tot een onjuiste samenstelling van de maaltijden. Door de vaak slechte toestand van het gebit en de verminderde secretie van de verteringssappen worden verschillende nutriënten onvoldoende geresorbeerd. Daar bovendien waarschijnlijk het vermogen tot aanpassing is verminderd kunnen door onvoldoende voeding gemakkelijk deficiënties optreden.

Algemeen wordt aangenomen dat bij het ouder worden de behoefte aan calorieën daalt door de vermindering van metabolisch actief weefsel en door de verminderde activiteit van de bejaarde. Naast de calorische waarde van de voeding verdienen de eiwitten onze aandacht. De dagelijks benodigde hoeveelheid is mede afhankelijk van de aard van de gebruikte eiwitten. Voor de vetten is van betekenis het gehalte aan verzadigde en onverzadigde vetzuren. Beperking van de hoeveelheid vet is gewenst in verband met de verminderde caloriebehoefte. Verder moet het voedsel koolhydraten, voldoende vitamines en mineralen en een zekere hoeveelheid cellulose bevatten. In verband met een ruime urineproductie dient te worden gelet op een voldoende hoeveelheid vocht.

Uiteraard speelt de algemene volksvoorlichting in dit opzicht een grote rol. Zij kan echter door vele oorzaken de bejaarde niet goed bereiken. De huisarts, de vertrouwensfiguur, kan door persoonlijke voorlichting een waardevolle bijdrage leveren tot de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de bejaarde.

2 Voorlichting voor het behoud van vitaliteit door het geven van raad ter voorkoming van ongevallen (matjes, gewreven vloeren), het aanbrengen van goede verlichting, het laten branden van een nachtlicht bij de loopweg naar het toilet, en het aanbrengen van handgrepen in de w.c.'s; daarnaast het inhoud geven aan de dag, en het bewerkstelligen van een juist evenwicht tussen activiteit en rust. Ook hier is de huisarts degene, die door middel van zijn specifieke relatie in staat is het meeste te bereiken. Door zijn continue zorg kunnen de voorzieningen tijdig bij veranderingen in de toestand worden aangepast.

De huisarts dient zich te stellen achter de propaganda voor gymnastiek voor gezonde bejaarden. Zij kan het beste door heilgymnasten worden gegeven op bejaarden-sociëteiten, bejaardentehuizen of gebouwen van de kruisverenigingen. Men neigt er veel te veel toe hiervoor te keuren. Een atriumfibrilleren of een hypertensie zouden dan bijvoorbeeld een contraïndicatie moeten zijn. Dit lijkt niet juist omdat bij deskundige leiding zulke lichte oefeningen worden gegeven, dat er geen gevaar is te duchten. Uiteraard zal de bejaarde instructie krijgen op te houden als hij buiten adem raakt, ergens pijn heeft, enzovoort. Zeer belangrijk is hierbij dat rivaliteit, zoals deze gemakkelijk ontstaat bij het werken met twee partijen (balspelen), wordt vermeden.

3 Periodiek preventief geneeskundig onderzoek. Hoewel het niet mogelijk is het nut van periodiek preventief geneeskundig onderzoek objectief door een experiment aan te tonen — een subcommissie van de Gezondheidsraad evenals de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. kwam tot deze conclusie — is men hiervan algemeen wel overtuigd. Sommigen menen dat er bij de bejaarden

ook een uitgesproken verlangen bestaat naar een regelmatig onderzoek.

Hoewel de discussie over de persoon, die het periodiek preventief geneeskundig onderzoek zal moeten uitvoeren, nog geenszins is gesloten, staat het wel vast, dat het eigenlijk als een ideale toestand moet worden beschouwd indien dit onderzoek door de eigen huisarts geschiedt. Boven de „p.g.o.-arts”, die wel een zeer speciale instelling moet hebben om steeds maar weer nieuwe bejaarden te onderzoeken, met wie hij niets beleefde, wier milieu en contacten hij niet kent, die hij in geen jaren terugziet, en die het verdere verloop van wat hij ontdekte niet kan volgen, heeft de huisarts wel zeer veel voor. Vooralsnog is het echter de vraag of er bij alle huisartsen voldoende belangstelling bestaat voor een periodiek preventief geneeskundig onderzoek. Dit toch is een voorwaarde voor het goed functioneren hiervan, indien uitgevoerd door de eigen huisarts. Het is hier niet de plaats uit te weiden over de mogelijkheden van opzet naar vorm, noch naar inhoud van een dergelijk periodiek preventief geneeskundig onderzoek. Wel mogen wij hopen dat velen zich geroepen zullen voelen mede te werken aan het komende door T.N.O. opgezette proefonderzoek met periodiek geneeskundig onderzoek door huisartsen.

Therapie. 1 In de zorg van de huisarts voor zijn bejaarden komt zijn functie als begeleider van de medemens nog verder naar voren. Arts en patiënt zullen beiden de beperking van de gezondheid en validiteit, in zoverre deze werkelijk onafwendbaar is, moeten accepteren, maar daarnaast trachten vanuit de nog voorhanden mogelijkheden positief inhoud aan het leven te blijven geven. Hierboven uit kan de rol zijn welke de arts kan spelen in de bezinning op de waarde van eigen bestaan, losmaking van bezit, relativering van kennis, gezondheid en dergelijke. Het spreekt voor zichzelf dat hij deze taak vervult met anderen samen (onder andere de zielzorger).

2 Het bestrijden van verstoringen in de gezondheid voor zover dat onder zijn deskundigheid valt. Deze verstoringen zijn weliswaar veelvuldig en tevens gelijktijdig verschillend van aard, maar zijn ook vaak gering en met weinig ingrijpende middelen te behandelen. De veelvuldigheid en de vaak ernstige gevolgen van kleine afwijkingen vereisen een continue controle en zorg. Circulatiestoornissen, longaandoeningen, afwijkingen in de urinewegen of bloedvorming, vóórkomen van diabetes en visusstoornissen, achteruitgang van het bewegingsapparaat, zij alle spelen vaak een rol.

3 Nauwe samenwerking met andere deskundigen zodra dit wenselijk is. De huisarts dient goed te zijn geïnformeerd over de mogelijkheden, die er voor zijn patiënt zijn. Voor de nazorg van patiënten, die werden opgenomen, dient hij snel en doeltreffend te worden ingelicht.