

Reactivering in de geriatrie*

DOOR L. STOEL, INTERNIST TE DRACHTEN

Hoewel belangstelling voor de wetenschap voor praktiserende medici onmisbaar is, moet voor iedere arts, die de behandeling van patiënten op zich neemt, de vraag voorop staan: trekken mijn patiënten voor honderd procent profijt van de moderne ontwikkeling der medische wetenschap? Of, met andere woorden, de voornaamste taak van de praktiserende artsen, zowel huisartsen als specialisten, is, de vooruitgang van de geneeskunde zoveel mogelijk in dienst van de patiënt te stellen.

In de laatste vijftig jaar is het aantal ziekten, dat succesvol kon worden behandeld, sterk toegenomen. Een stroom van voortreffelijke medicamenten is aan ons arsenaal toegevoegd, maar het is mijn overtuiging, dat het toedienen van een goed geneesmiddel nog geen adequate behandeling betekent. Integendeel, te vaak is het vertrouwen in het geneesmiddel zo groot, dat van behandeling wordt afgezien en vergeten wordt, dat wij nooit ziekten, maar altijd zieken behandelen. De, soms trieste gevolgen van dit verzuim zien wij vooral bij bejaarde patiënten. Het medicament of de grotere mogelijkheden der chirurgie hebben de ziekte genezen, maar de zieke blijft en men zegt: „hij is nooit weer de oude geworden”.

Daar mijns inziens de geneeskunde der bejaarde zich in ons land in een foutieve richting gaat ontwikkelen, lijkt het zeer gewenst uiteen te zetten, welke problemen zich in deze tak der geneeskunde voordoen en in welke richting de oplossing moet worden gezocht.

Meteen kan worden gesteld dat principiële verschillen in behandeling van oudere en jongere patiënten ontbreken. Bland geeft dit in zijn boek over de mineraalhuishouding van bejaarden fraai aan: in metabool opzicht bewandelt de bejaarde een smaller pad, door minder compensatievermogen van huid, longen, nieren en maagdarmkanaal, terwijl het endocriene apparaat minder efficiënt reageert. „De bejaarde lijdt vaak meer aan de metabole gevolgen van een ziekte, dan aan de ziekte zelf en hierbij komt, dat metabole stoornissen minder opvallend zijn, de organen lijden in stilte, soms volgt, onverwachts, desintegratie en de patiënt sterft, niet aan zijn ziekte, maar aan de metabole gevolgen.” Dan wordt de gehele problematiek van de bejaarde patiënt in één zinnetje samengevat: „He needs more help”.

Op alle terreinen der bejaarden-geneeskunde kunnen wij deze opvatting van Bland toepassen. Dit is

* Voordracht, gehouden op de nascholingsdag der drie noordelijke centra van het N.H.G. te Drachten, 26 oktober 1963.

als volgt uit te drukken: de bejaarde zieke lijdt vaak meer aan de fysische, psychische en sociale gevolgen van zijn ziekte dan aan de ziekte zelf. Wat de psychische en sociale gevolgen betreft merkt Kindstrand op, dat bij ziekte van een bejaarde niet alleen de ziekte, maar ook de gehele persoonlijkheid en het milieu van de bejaarde in de overwegingen moeten worden betrokken. De toch al vaak zwakke sociale bindingen en het gebrek aan adaptatievermogen eisen uiterste voorzichtigheid en op geen terrein der geneeskunde wordt de patiënt gemakkelijker als „human being” weggeorganiseerd. En nooit mag worden vergeten, dat, als in de bejaarden-geneeskunde eenmaal een verkeerde weg is ingeslagen, er door het geringe adaptatievermogen geen weg terug is.

Dit betekent, dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de bejaarde patiënt primair ligt bij de huisarts, die het milieu en de milieubindingen kent en de eerste stap zet op bovengenoemde weg.

Wordt bedrust voorgeschreven, dan betekent dat voor de patiënt fysische, psychische en sociale immobilisatie. De breuk, die de geestelijke immobilisatie in de bindingen met het eigen milieu geeft, wordt door gebrek aan adaptatievermogen vaak slecht verwerkt. De patiënt reageert met psychopathologische reacties, die in Nederland helaas bijna altijd worden geïnterpreteerd als de gevolgen van seniele demantie. Geheugenstoornissen, verwardheid, breedsprakigheid, zelfs bedwateren zijn veel vaker een gevolg van milieufactoren dan van defecten in cerebro.

Het is voor de bejaarde zieke een achterhoedegevecht. Een strijd tegen de meedogenloos dreigende verwijdering uit het hem zo vertrouwde milieu. De grote tragedie is dat zijn strijdmethode deze verwijdering in de hand werkt, immers, de diagnose „seniele demantie” is zo gesteld. De arts, die bedrust voorschrijft, dient erop te letten, dat de normale milieucontacten zoveel mogelijk blijven gehandhaafd. Niet alleen bedrust, maar elke maatregel, die storend werkt op het contact met het milieu, kan deze nare gevolgen geven. Hiervan enkele voorbeelden uit eigen praktijk.

Een marktkoopman, van 75 jaar, wil worden geopereerd aan een wondbreuk. Op grond van adipositas, licht emfyseem en geringe afwijkingen in het electrocardiogram, wordt door mij operatie afgeraden, ondanks heftige protesten van patiënt.

Twee jaar later komt deze patiënt op het spreekuur terug met een brief van de huisarts, die schrijft dat deze seniele man maar over die breuk blijft zeuren en beslist wil worden geopereerd.

Toen volgde de hele trieste geschiedenis. De wondbreuk was achteraf, bij het eerste onderzoek, al zo groot dat de

man niet meer kon fietsen. Hij was weduwnaar en woonde al twintig jaar bij een zoon in met wie hij alle markten in de omgeving bezocht. Toen hij niet meer kon fietsen moest hij hiermee stoppen. Deze gewiekste koopman moest bij zijn schoondochter thuis blijven, kreeg conflicten met haar en ontwikkelde de voor deze toestand zo typische paranoïde depressie, welke als seniele dementie werd geïnterpreteerd.

Doordat ik in de periode tussen het eerste en het tweede onderzoek tot de bovenstaande inzichten was gekomen, werd nu wel tot operatie geadviseerd. Daags voor de opname haalde patiënt al zijn geld van de bank en gaf dit aan een buurman om te voorkomen dat zijn zoon dit geld zou krijgen als hij de operatie niet zou doorstaan; een zoon met wie hij dertig jaar lang alle markten in de omtrek had bezocht, en bij wie hij twintig jaar in volle harmonie had ingewoond. Mijns inziens was deze handelwijze het gevolg van een foutieve medische beslissing. Huisarts noch specialisten hebben zich gerealiseerd welke betekenis de afwijking voor patiënt zelf had. Er is geen risico genomen omdat patiënt „er wel om kon leven”, en vergeten werd, dat hij „er niet mee kon leven”.

Iedere arts, die bejaarde patiënten behandelt, moet duidelijk voor ogen staan, dat het doel van zijn behandeling moet zijn, zoals Cosin het zo fraai uitdrukt: „rather add life to years, than years to life.”

Bij bovengenoemde patiënt trad tijdens en na de operatie geen enkele complicatie op, maar ook hier bleek geen weg terug te zijn, zodat de operatie door het uitstel geheel zinloos was geworden. Patiënt slijt nu in een inrichting zijn laatste levensjaren.

Hetzelfde werd waargenomen bij een patiënt, lijdende aan een prostaathypertrofie, waarbij een bestaand bundeltakblok was gezien als een indicatie tegen operatie. De blijvende catheter had een barrière gevormd tussen patiënt en zijn milieu. „Hij praat nergens anders meer over, dan over zijn buisje,” zei een zoon. Voordat deze catheter was aangelegd leefde patiënt geheel mee in familie-sfeer en had intensieve belangstelling voor het wereldgebeuren.

Een andere lijder aan prostaathypertrofie zou wegens nachtelijke onrust uit een bejaardencentrum worden verwijderd en naar een inrichting voor psychisch gestoorde bejaarden worden gestuurd. Patiënt had tevens diabetes mellitus, zodat hij in het ziekenhuis werd opgenomen met de vraag, of mogelijk hypoglycemieën, veroorzaakt door een vrij grote dosis lenteinsuline, de oorzaak konden zijn van deze nachtelijke onrust. Vele nachtelijke bloedsuikerbepalingen leverden nooit hypoglycemische waarden op, zodat werd overwogen toch maar opname in een inrichting voor psychisch gestoorde bejaarden aan te vragen, hoewel „met bloedend hart.” Uit aversie tegen deze gang van zaken werd de prostaat nog eens bekeken; deze bleek wel iets vergroot, maar er was 1,5 l rektie! Na prostaat-operatie kon patiënt zijn oude leefwijze hervatten. Deze patiënt had zich diep voor zijn prostaatlijden geschaamd en getracht dit op alle mogelijke manieren te verbergen, wat hem bijna een veroordeling tot „seniele dementie” kostte.

Het heeft geen zin deze droeve casuïstiek uit te breiden. Als aanleidingen voor het stellen van de diagnose „seniele dementie” heb ik de laatste jaren gezien:

- 1 organische gebreken, welke leiden tot bemoeilijkt milieucontact (bewegingsstoornissen, doofheid, enzovoort);
- 2 immobilisatie en vooral isolatie;
- 3 verandering van milieu om welke reden dan ook;
- 4 prostaathypertrofie (vaak oorzaak van nachtelijke onrust en schaamte voor de „oude mannenkwaal”);

- 5 slaapmiddelen;
- 6 diabetes mellitus.

Als wij leren wantrouwend te staan tegenover de diagnose „seniele dementie”, kan vaak het moment worden aangegeven, waarop het is misgegaan; de oorzaak van psychopathologische reacties is vaak geheel te corrigeren, maar dan volgt de teleurstelling: er is geen weg terug.

Hoewel er reeds veel is geschreven over de fysische gevolgen van de bedrust, wordt hieraan vaak onvoldoende aandacht besteed. Een bejaarde patiënt, die bijvoorbeeld wegens een myocardinfarct zes weken bedrust krijgt en daarna wordt gemobiliseerd door elke dag wat langer op te zitten en die zich dan maar moet redden, redt zich niet, welk medicament ook wordt gebruikt.

Afhankelijk van de ernst van de toestand, of beter gezegd, elke dag moet de behandelend arts zich afvragen welke passieve en actieve bewegingen kunnen worden toegestaan. Het achterwege laten van een toe te stane oefening is een even grote fout als het toestaan van ontoelaatbare bewegingen. Stap voor stap moet de patiënt worden geleid. In de periode, dat hij moet liggen moet hij worden voorbereid op de periode dat hij in bed mag zitten; dan weer worden voorbereid op het opstaan en daarna voorbereid op de taak, die hij in zijn leven nog heeft te vervullen.

Eenvoudige hulpmiddelen, een katrolletje voor de schouders, een bedfiets voor de benen, het zelf eten en wassen en het na het opstaan gebruik maken van eenvoudige hulpmiddelen kunnen invaliditeit en „seniele dementie” voorkomen. Een goed oefenschema is mijns inziens waardevoller bij behandeling van een patiënt met een myocardinfarct dan welk medicament ook, hoewel bij deze behandeling de antistollingstherapie als onmisbaar moet worden beschouwd.

De ellende van de bedrust wordt door R. J. Asher goed samengevat: „Bedrust is anatomisch, fysiologisch en psychologisch ongezond. Bekijk de bedlegerige patiënten eens goed. Wat een deerniswekkend beeld: het bloed stolt in de aderen, het lijm druipt uit de botten, de scybala blijven steken in het colon, het vlees rot van het skelet, de urine lekt uit de overvulde blaas en de geest verdampt uit zijn ziel.”

Volgens Cosin zijn de principiële fouten, gemaakt bij de behandeling van bejaarde patiënten, nog steeds:

- 1 het fatalistisch accepteren van de onvermijdelijkheid en irreversibiliteit van pathologische processen op oudere leeftijd;
- 2 het ontbreken van begrip voor de mogelijkheid van revalidatie bij „crippling, but not fatal conditions”.

Deze fouten komen wij in de dagelijkse praktijk geregeld tegen. Zowel familie als arts staan vaak

passief tegenover de bejaarde patiënt en accepteren te snel. Altijd weer staat dan de diagnose „seniele dementie” tussen de patiënt en een adequate behandeling. Enkele ziektegeschiedenissen, die dit demonstreren zal ik kort vermelden.

Een vrouw, 75 jaar, werd bij ons opgenomen, daar ze na het overlijden van haar man, zoals de huisarts schreef, snel was gedemenceerd. Er was nauwelijks contact met haar te krijgen hoewel zij nog wel eens pittig uit de hoek kon komen. Patiënte woonde alleen en de toestand thuis werd onhoudbaar. In een verpleeginrichting kon zo snel geen plaats worden gevonden, zodat op ons een beroep werd gedaan haar, totdat opname in een verpleeghuis mogelijk was, op te nemen. Tot onze verbazing had zij bij opname echter 40°C koorts. Er bleek een koud abces te zijn in de rechter lies en een gonitis specifica rechts. Te snel worden mensen die alleen overblijven afgeschoven naar inrichtingen, zelfs naar verpleeghuizen, terwijl men vergeet zich af te vragen of de ontberingen, die vaak ziekte en sterven van een echtgenoot met zich brengt, ook lichamelijke afwijkingen kunnen veroorzaken.

Een andere patiënt die om dezelfde reden werd opgenomen onder de diagnose prostaatacarcinoom met skelet-metastasen, bleek een uitgebreide osteomalacie van de wervelkolom te hebben, tengevolge van een op jeugdige leeftijd ondergane gastro-enterostomie. Twee wervels waren ingezakt en gezien de leeftijd was aan een prostaatacarcinoom gedacht, hoewel het laboratoriumonderzoek deze diagnose niet bevestigde en aan de prostaat geen afwijkingen konden worden gevoeld. Ook hier weer stond de leeftijd tussen patiënt en adequate behandeling. Gelukkig bleek hier de weg terug wel te bestaan, na goede behandeling, kon patiënt zijn oude leefwijze weer hervatten.

Het meest frappante geval, dat ik heb gezien is van een patiënt van 85 jaar, die op een mul zandpad fietste waardoor zijn voorwiel dwars kwam te staan en hij voorover over het stuur in een droge sloot viel. Patiënt wist zijn huis nog te bereiken en de te hulp geroepen huisarts schreef zijn val toe aan arteriosclerose cerebri en patiënt's verwardheidstoestand aan seniele dementie. Bij opnemen van de anamnese bleek dat patiënt tot aan zijn val geen spoor van dementie had vertoond en röntgenologisch werd een dens-fractuur gevonden. Hierbij moet er nadrukkelijk op worden gewezen dat deze huisarts dit bij een jonge patiënt zeker niet zou hebben miskend.

Bij behandeling van patiënten met cerebrale circulatiestoornissen, welke een hemiplegie tengevolge hebben gehad, klemt dit alles nog meer. Een hemiplegie geeft een plotselinge breuk met het milieu en een volledige immobilisatie. De tijd ontbreekt om een uitgebreide verhandeling te geven, maar één facet is wel zo belangrijk, dat het in dit betoog niet kan worden weggelaten.

Toen wij, om de behandeling te perfectioneren, deze patiënten gingen bijeenbrengen bleek, dat voor een goede reactivatie jongere patiënten niet kunnen worden gemist. Wij hebben bijvoorbeeld gemerkt dat niets meer stimuleert tot lezen dan een buurman, die de krant leest en dit geldt voor alle activiteiten. Wij hebben de geriatrie afdeling dan ook snel veranderd in een reactivatie-afdeling en zorgen ervoor, steeds zoveel mogelijk jongere patiënten (bijvoorbeeld patiënten met fracturen) hier op te nemen. Nu gaat weer automatisch wat op de geriatrie afdeling met moeite kon worden ver-

wezenlijkt. De noodzaak om ook hier elke toelaatbare beweging werkelijk te doen gebeuren, maakt deze afdeling tot de zwaarste van het ziekenhuis, omdat elke dag weer moet worden beoordeeld wat kan en wat niet kan. Nogmaals moet er op worden gewezen dat voor een goede reactivatie, voor een goed milieu moet worden gezorgd: dit is onmisbaar.

Samenvatting. De verantwoordelijkheid voor de medische verzorging van de bejaarde patiënten rust op de huisarts, die er zich van bewust moet zijn dat de psychopathologische reacties het gevolg kunnen zijn van organische niet-cerebrale afwijkingen, die een belemmering vormen voor de bestaande milieucontacten. Voorkomen is niet alleen beter dan genezen, meestal is geen genezing meer mogelijk indien geestelijke stoornissen optreden. De enige mogelijkheid ligt hier in de profylaxe.

Als door veranderingen in het milieu (bijvoorbeeld het sterven van echtgenoot, enzovoort) de gevaren van vereenzaming dreigen, moeten tijdig maatregelen worden getroffen; alleen de huisarts kan de milieufactoren in zijn overwegingen betrekken.

Verder wordt gewezen op de grote gevaren welke aan de bedverpleging inherent zijn en op de mogelijkheden van revalidatie bij „crippling, but not fatal conditions.”

Geen patiënt mag naar een verpleeghuis worden verwezen, zonder voorafgaande observatie in het ziekenhuis. Dit lijkt een open deur intrappen. Helaas leert de ervaring, dat dit nog maar al te vaak gebeurt, ten koste van het levensgeluk van de patiënt, die zich aan ons heeft toevertrouwd.

Huisarts en specialist, die de behandeling van bejaarde patiënten op zich nemen, dienen zich er steeds van bewust te zijn, dat er geen weg terug is en dat de diagnose „seniele dementie” tot een passiviteit leidt, die fatale gevolgen heeft voor de patiënt en die nog te vaak staat tussen patiënt en een adequate behandeling. Deze laatste kan alleen worden verwezenlijkt in een voor de patiënt geëigend milieu.

Grotere belangstelling van praktiserende geneeskundigen voor de problematiek van de zieke bejaarde, zou deze meer ten goede komen dan de bouw van talrijke verpleeginrichtingen.

Summary. Reactivation in geriatrics. The responsibility for the medical care of aged patients rests with the general practitioner, who should realize that psychopathological reactions can arise from organic non-cerebral lesions which inhibit existing environmental contacts. Not only is prevention better than cure, but it is often the only possible goal because a cure is often no longer possible once mental disturbances occur.

— When environmental changes (e.g. death of the marital partner) entail a risk of isolation, timely measures are imperative; only the family doctor can include the environmental factors in his considerations.

— Mention is made of the grave risks inherent to immobilization in bed, with reference to the possibilities of rehabilitation in crippling but not fatal conditions.

— No patient should ever be referred to a nursing home without preceding hospital observation. While this may seem to be a superfluous warning, experience has taught us that this observation is only too often omitted, at the expense of the happiness of a patient entrusted to our care.

— Family doctors and specialists who undertake the care of aged patients, should always realize that there is not „way back”, and that the diagnosis „senile dementia” leads to a passivity which has fatal consequences for the patient, and which only too often constitutes an obstacle between the patient and adequate treatment. The latter can be given only in an environment suited to the patient's needs.

— A more intensive interest on the part of general practitioners in the problems of the aged patient could do more than the establishment of innumerable nursing institutions.