

Vraagstukken rondom de gezondheidszorg voor bejaarden

DOOR DR. R. J. VAN ZONNEVELD, ARTS TE OEGSTGEEST

Over gezondheid en ziekte van bejaarden en over daarmee samenhangende vraagstukken is de laatste jaren in steeds toenemende mate gedacht, gesproken en geschreven. Men is haast geneigd zich af te vragen of er nu eens niet een tijd over dit thema dient te worden gezweven. Dit zou inderdaad het geval zijn wanneer voor de meeste gezondheidsproblemen, die door het groeiende aantal ouderen naar de voorgrond worden geschoven, min of meer een oplossing was gevonden. Maar is dit zo? Kunnen wij reeds verklaren dat de problemen grotendeels uit de weg zijn geruimd? Naar mijn mening is hiervan geen sprake. Niet zelden is men zich zelfs maar vaag ervan bewust, welke invloed het betrekkelijk kleine bevolkingsdeel der bejaarden heeft op de vele voorzieningen in het vlak van de gezondheidszorg. Daarnaast zijn er tal van kwesties, waarover nog levendig gediscussieerd wordt, zoals de vraag, of geriatrie een erkend specialisme dient te worden, de kwestie welke categorieën bejaarden in verzorgings- respectievelijk verpleegtehuizen dienen te worden opgenomen, de bekende strijdvraag of deze inrichtingen eigenlijk niet steeds een gecombineerd instituut zouden moeten zijn, het probleem van het periodiek geneeskundig onderzoek van bejaarden, en dergelijke. Het antwoord op de gestelde vraag lijkt mij met het noemen van deze problemen te zijn gegeven. Het is daarom wellicht nuttig in dit tijdschrift nog eens aandacht hiervoor te vragen, te meer omdat de huisarts in zo belangrijke mate bij deze vraagstukken is betrokken.

Bejaarden en gezondheidszorg. Nederland telt thans meer dan 1.150.000 personen van 65 jaar en ouder, dat wil zeggen dat ongeveer 9,5 procent van de totale bevolking wordt gerekend „bejaard” te zijn. Welke „consumptie” aan bepaalde voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg heeft deze groep? Nog slechts betrekkelijk weinig gegevens staan ons hierover ter beschikking en niet zelden is vergelijking met de „consumptie” van jongere leeftijdsgroepen nog niet mogelijk. De volgende gegevens kunnen niettemin enig inzicht geven.

Ziekenfondsen. Volgens het jaarverslag 1963 van de Ziekenfondsraad waren per 31 december 1963 van de 1139000 personen van 65 jaar en ouder, 872000 of 76,3 procent lid van een ziekenfonds. Van deze 872000 bejaarden was 9,9 procent verplicht en 16,8 procent vrijwillig verzekerd; de resterende 73,3 procent was lid volgens de bejaardenverzekeringsregeling. De procentuele stijging van

het aantal betalenden in de bejaardenverzekering was de laatste jaren gering, te weten in 1962 ongeveer 0,6 procent en in 1963 ongeveer 3 procent. Deze stijging is kleiner dan de procentuele toename van de bejaarden.

Ziekenhuisverpleging. Volgens eerdergenoemd verslag vindt de stijging van het aantal verpleegdagen per duizend verzekerden voor wat betreft de bejaarden van jaar tot jaar in onverminderd tempo voortgang, zulks in tegenstelling tot vrijwel alle overige leeftijdsgroepen, waar meestal veeleer een, zij het geringe, daling valt te bespeuren. Dit aantal verpleegdagen was in 1962 bijvoorbeeld bij de verplicht verzekerden, 3481 voor mannen en 3603 voor vrouwen, terwijl het gemiddelde van alle leeftijdsklassen 1453 respectievelijk 1642 verpleegdagen bedroeg.

Uit een onderzoek van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. (Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek) door *Bronts* en *Van Zonneveld* kwam naar voren, dat in 1924 6,9 procent van de populatie van een aantal ziekenhuizen 65 jaar of ouder was, in 1939 9,6 procent en in 1954 16,3 procent. De stijging van dit percentage heeft zich, zoals uit andere gegevens valt af te leiden, verder voortgezet, zodat men kan zeggen dat thans over het algemeen minstens tweemaal, zo niet al driemaal zoveel bejaarden in ziekenhuizen liggen als overeenkomt met hun aandeel in de totale bevolking. Voor een belangrijk deel wordt dit hoge percentage veroorzaakt door het hogere gemiddelde aantal verpleegdagen per patiënt. Volgens het genoemde jaarverslag van de Ziekenfondsraad bedroeg dit aantal voor wettelijk verzekerde mannen en vrouwen van bijvoorbeeld 30 tot en met 39 jaar respectievelijk 17,7 en 15,6 dagen, als gemiddelde van alle leeftijdsklassen tezamen respectievelijk 19,1 en 18,5, maar voor bejaarden respectievelijk 25,6 en 29,0 dagen. *De Waard* vermeldt in zijn proefschrift dat in 1957 de bejaarden, die een tiende van alle bij de Centrale Administratie der Utrechtse Ziekenhuisverplegingsfondsen ingeschreven verzekerden vormden, een achtste nodig hadden van het totaal aantal opnamen en een vijfde van het totale aantal verpleegdagen.

Specialistenhulp. Het relatief grote aandeel van de bejaarden in de ziekenhuisbevolking betekent op zich zelf reeds dat vele bejaarden de hulp van specialisten behoeven. Behalve met deze bejaarde patiënten zullen de specialisten zich zonder twijfel ook veel met andere zieke bejaarden moeten bezighouden. Het is jammer dat het al enkele malen aan-

gehaalde verslag van de Ziekenfondsraad in het geheel geen gegevens verstrekt over bijvoorbeeld de verdeling naar leeftijd van de naar specialisten verwezen patiënten. Enige indruk over de mate waarin bejaarden een beroep doen op de specialist, geven de antwoorden op de vraag: Hebt u een specialist geraadpleegd na uw 65ste jaar? Deze vraag werd gesteld tijdens het landelijke bejaardenonderzoek van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., een onderzoek verricht met de hulp van huisartsen (*Van Zonneveld*). Van de mannen gaf in de opeenvolgende vijf-jaars leeftijdsgroepen respectievelijk 37, 52, 57, 56 en 56 procent en van de vrouwen respectievelijk 46, 60, 63, 53 en 50 procent aan, na het 65ste jaar een specialist te hebben geraadpleegd.

Bij het bezien van deze getallen dient men te bedenken dat de jongste bejaarden nog nauwelijks de „kans” hadden gekregen na hun 65ste jaar specialistenhulp in te roepen. Des te opvallender is dan dat de oudste bejaarden, ondanks de lange reeks van jaren na hun 65ste, zo'n betrekkelijk „laag” percentage vertonen. Dit zou kunnen betekenen dat op zeer hoge leeftijd relatief minder gebruik wordt gemaakt van de hulp van specialisten dan tijdens de eerste jaren van het „bejaard” zijn.

Huisartsenhulp. Ofschoon tijdens het reeds vermelde T.N.O.-bejaardenonderzoek hiernaar niet uitdrukkelijk werd gevraagd, kunnen bepaalde gegevens hierover wel enig inzicht verschaffen. In de opeenvolgende leeftijdsgroepen was van de mannen respectievelijk 39, 36, 45, 43 en 44 procent en van de vrouwen respectievelijk 49, 57, 62, 64 en 60 procent in de drie maanden voorafgaande aan het T.N.O.-onderzoek, onder medische behandeling geweest. Men mag aannemen dat de huisarts meestal hierbij betrokken was. Van de mannen gaf respectievelijk 35, 32, 38, 42 en 40 procent en van de vrouwen respectievelijk 49, 58, 58, 57 en 53 procent als antwoord, dat geregeld een arts werd geraadpleegd. Ook hier zal de huisarts wel de voornaamste figuur zijn geweest.

Geneesmiddelengebruik. Bovenstaande getallen bevestigen eigenlijk wat ieder kan vaststellen door eigen waarnemingen in de patiëntenvertrekken van ziekenhuizen en in de wachtkamers van poliklinieken en artsenwoningen. Minder in het oog springend is misschien de omstandigheid, dat zo vele bejaarden geneesmiddelen gebruiken. Van de mannen antwoordde respectievelijk 43, 44, 52, 50 en 61 procent en van de vrouwen respectievelijk 59, 68, 68, 71 en 68 procent bevestigend op de vraag, of zij ten tijde van het onderzoek geneesmiddelen gebruikten. Nu zeggen deze getallen op zich zelf niet zo veel, zeker niet, als de mogelijkheid tot vergelijking met getallen betreffende jongere leeftijdsgroepen ontbreekt. Van alle mannen gaf echter 32 tot 52 procent, van alle vrouwen 46 tot 62 procent aan, dat zij deze geneesmiddelen op doktersvoorschrift gebruikten.

Hulp van wijkverpleegsters. Stapert vond bij een onderzoek naar de werkzaamheden van wijkver-

pleegsters in Limburg, dat van de 575 patiënten, door deze verpleegsters verzorgd, ruim 53 procent ouder was dan 60 jaar (bijna 36 procent ouder dan 70 jaar, ruim 21 procent ouder dan 75 jaar). Het onderdeel: bejaardenzorg, dat wil zeggen de verzorging van ouden van dagen van 70 jaar en ouder, nam 11 procent van de werkkracht in beslag, dat is ongeveer een zesde van alle tijd die de wijkverpleegsters besteedden aan verpleegwerk en curatief werk, hetwelk ongeveer 62 procent van al het werk uitmaakte.

Hoewel de mogelijkheid tot vergelijking met andere leeftijdsgroepen vaak ontbreekt, tonen bovenstaande gegevens mijns inziens wel aan, dat het tiende, „bejaarde”, deel van de Nederlandse bevolking op het gebied van de gezondheidszorg naar verhouding zeer belangrijke behoeften heeft. Kan dit feit een reden zijn voor het instellen van een specialisme geriatrie?

Geriatrie, een specialisme? Het is zonder meer duidelijk dat het feit, dat een betrekkelijk klein deel van de bevolking beslag legt op een „onevenredig” groot gedeelte van de gezondheidszorgactiviteiten, op zichzelf geen reden kan vormen tot het instellen van een specialisme geriatrie. Indien men dit specialisme nodig acht dienen andere argumenten te worden aangevoerd.

Zeer in het kort wil ik voor deze kwestie hier nog eens aandacht vragen. Naar mijn mening wettigen de volgende redenen dat op den duur geriatrie een afzonderlijk specialisme wordt.

Bij ouderen vinden vaak multiple pathologische processen plaats; dit „pathologische patroon vraagt om een multitherapeutisch aangrijpen” (*Hattinga Verschure*). Multiple pathologie wordt door deze internist in dit verband omschreven als: „Het vóórkomen van meer dan één ziekte tegelijk, veelal met een of meer complicaties, welke bij die ziekten behoren en waarbij het „beeld” vertekend wordt door de aanwezigheid van veelsoortige slijtageverschijnselen en het verminderen of wegvallen van talrijke fysiologische reserves ten gevolge van de ouderdom”. Het belangrijkste element van deze omschrijving schuilt, waar het de geriatrie betreft, in het laatste: ten gevolge van de ouderdom. Naar mijn mening zou de term ouderdom hier beter kunnen worden vervangen door: veroudering. Multiple pathologie vinden wij immers niet alleen bij bejaarden. Het is echter vooral de veroudering die het klinische totaalbeeld atypisch maakt; „atypisch” wordt daardoor vaak ook de benadering van ziekteprocessen op hoge leeftijd.

Van de verouderingsprocessen is nog maar weinig bekend. Dit zou men als tegenargument voor het thans reeds instellen van een specialisme geriatrie kunnen aanvoeren. Heeft men echter bij andere specialismen ook gewacht totdat het wezen van de door hen te onderzoeken en te behandelen (ziekte)-processen doorgrond was of totdat de ratio van de therapeutische maatregelen op wetenschappelijk verantwoorde wijze was vastgesteld?

Meer nog dan bij vrijwel elk ander reeds bestaand specialisme wordt in de geriatrie een integrale benadering van de patiënt gevraagd. De oudere zieke is immers meer dan ieder andere, jongere patiënt een eindprodukt van het onderlinge samenspel van fysieke, psychische en sociale factoren en van hun relatie met het genotype. Daarbij komt, dat het doel van de geriatrie zeker niet is, wat haar soms wel wordt toegeschreven: to add years to life — jaren aan het leven toevoegen, de patiënt in leven houden — maar veeleer: to add life to the years — ervoor zorgen, dat de bejaarde zieke zoveel mogelijk een menswaardig bestaan kan blijven leiden. Deze omstandigheden maken het noodzakelijk dat bij preventie, onderzoek, behandeling en nazorg aan de sociaal-medische en psychologische aspecten veel meer aandacht wordt geschonken dan bij de meeste huidige specialismen en de diverse opleidingen daartoe thans het geval is. Met name dient te worden gewezen op het belangrijke facet van de „reactivering” bij de behandeling. Het mag thans genoegzaam bekend worden geacht van hoe groot belang het is ouderen, met de bij hen behorende karakteristieken, in lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht „in beweging” te houden of hen weer tot activiteit te brengen.

Bovengenoemde overwegingen van zowel wetenschappelijke als praktische aard pleiten mijns inziens voor het binnen niet al te lange tijd instellen van een specialisme geriatrie. Daarnaast zal de aanwezigheid in een ziekenhuis van een specialist in de geriatrie zeker de belangstelling voor velerlei vraagstukken betreffende oudere zieken bevorderen. Dit geldt niet alleen voor de andere specialisten en wetenschappelijke medewerkers, maar ook voor verpleegsters en ziekenverzorgsters, paramedische medewerkers en maatschappelijke werkers en in opleidingsziekenhuizen tevens voor de assistenten en de studenten. Bovendien zal erkenning van het specialisme het wetenschappelijke onderzoek en het onderwijs op het gebied van gerontologie en geriatrie in belangrijke mate stimuleren.

Ongetwijfeld zijn er ook nadelen verbonden aan de instelling van een dergelijk nieuw specialisme. Problemen van afgrenzing en overlapping zullen zich zeker voordoen, maar bestaan deze bij de bestaande specialismen dan niet? In dit verband zou ik ook willen noemen de door sommigen geuite vrees, dat het specialisme geriatrie tot een onvolwaardig specialisme interne geneeskunde zou verworden. De geriatrie bedoelt echter geen „interne geneeskunde van bejaarden” te zijn, evenmin „fysische therapie en revalidatie van bejaarden”, of de „neurologie en psychiatrie van de ouderdom”. Consultering van internisten, artsen voor fysische therapie en revalidatie, neurologen, psychiaters en andere specialisten, zal vanzelfsprekend steeds dienen te geschieden, wanneer zulks nodig is. Dit is overigens evenzeer van toepassing bij de andere specialismen. Goede samenwerking in teamverband is immers steeds meer noodzakelijk.

Wellicht ten overvloed zij nog eens met nadruk

erop gewezen, dat mijns inziens het specialisme geriatrie een wezenlijk ander soort specialisme behoort te zijn dan vrijwel alle reeds bestaande specialismen, omdat aan deskundigheid op niet-medisch gebied (namelijk op het vlak van psychologie, sociologie, ergonomie en dergelijke) een veel grotere plaats moet worden ingeruimd. In zekere zin is vergelijking mogelijk met het zich eveneens ontwikkelende specialisme huisartsgeneeskunde.

Wat betreft de relatie huisarts en geriater kan ik kort zijn. Deze twee groepen van artsen lopen elkaander al heel weinig in de weg. Verreweg de grootste groep van oudere zieken bevindt zich thuis, dat wil zeggen niet in een zieken- of verpleeginrichting. Het is uiteraard de huisarts, die in eerste instantie verantwoordelijk is voor de behandeling van deze groep patiënten en in het algemeen ook voor de preventieve maatregelen ten behoeve van de gezondheid van ouderen. Wanneer het nodig is, zal hij zich met een specialist, bijvoorbeeld de geriater, in verbinding stellen. In welke gevallen zou dit laatste moeten gebeuren? Wellicht bevat het hierboven ten gunste van het specialisme geriatrie gestelde reeds enigszins een antwoord op deze vraag: namelijk wanneer verouderingsprocessen in belangrijke mate het ziektebeeld en de behandeling gaan beïnvloeden. Waar reeds geriater werkzaam zijn blijken zij door verscheidene huisartsen te worden geconsulteerd. In Engeland bestaat vaak een goede samenwerking tussen huisartsen en deze speciale artsen, al dient te worden opgemerkt, dat het daarbij dikwijls in het bijzonder gaat om opnemingskwesaties. De „geriatric physician” is in genoemd land sinds kort een erkende specialist. Er dient op te worden gewezen, dat de regelingen betreffende de specialismen in Engeland niet zonder meer te vergelijken zijn met die in ons land.

Daar de huisarts in zijn praktijk veel met bejaarden te maken heeft, spreekt het vanzelf, dat zowel bij de opleiding tot arts als bij de nascholing van de huisarts voortdurend aandacht moet worden geschonken aan de gerontologische en geriatrie aspecten van geneeskunde en geneeskunst.

Inmiddels is eind 1963 een studiec commissie geriatrie, ingesteld door het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, begonnen zich te beraden over de huidige en toekomstige plaats van de geriatrie bij de behandeling van bejaarde patiënten. De eigenlijke aanleiding tot het instellen van een dergelijke commissie, waarin ook twee huisartsen zitting hebben, is de reeds in 1961 aan het College gestelde vraag van de Nederlandse Vereniging van Geriateren, te willen overwegen, of wellicht de tijd was gekomen om een specialisme geriatrie te gaan instellen.

Indicatiestelling tot opname in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Er bestaat in ons land, evenals trouwens elders, een grote verwarring met betrekking tot de benaming van bepaalde soorten inrichtingen waar personen, die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en die al of niet ziek of gebrekkig

zijn, kunnen worden opgenomen. Deze verwarring vloeit voort uit de omstandigheid dat overgangen tussen gezond, ziek en gebrekkig dikwijls vaag zijn en dat mede daardoor de opvattingen uiteenlopen over de wijze, waarop het beste voor deze categorieën kan worden gezorgd.

Beperken wij ons tot het oudere deel van de bevolking, dan moeten wij trachten vast te stellen aan welk soort institutionele zorg de „patiënt” het meest behoefte heeft. Wanneer het niet primair om specialistische zorg gaat (welke slechts in ziekenhuizen en dergelijke kan worden geboden), maar vooral om deskundige verpleegkundige zorg, dan moet er gesproken worden van verpleegtehuizen. Staat de maatschappelijke verzorging op de voorgrond, dan is het wellicht het beste om van verzorgingstehuizen te spreken. Deze maatschappelijke zorg omvat onder meer huisvesting, voeding, kleding, algemene hygiënische zorg (hulp bij wassen, kleden, naar het toilet gaan), zo nodig wat bewegings- en bezigheidstherapie (vooral preventief bedoeld), werkgelegenheid, recreatie, en tenslotte, maatschappelijke adviezen.

Evenals dit bij jongere zieken het geval is, behoren bejaarden, wanneer zij zodanig ziek zijn dat zij in eigen omgeving niet adequaat kunnen worden onderzocht, behandeld, verpleegd en verzorgd, in een ziekenhuis te worden opgenomen. Het valt niet in te zien waarom bijvoorbeeld bejaarden met weinig acute verschijnselen of bejaarden met een lichte verwardheid ten gevolge van organische stoornissen, in het algemeen niet in een ziekenhuis zouden mogen worden opgenomen voor een grondig specialistisch onderzoek en voor een behandeling en verpleging, die mede een volgens de huidige inzichten zo volledig mogelijke „reactivering” ten doel hebben.

Wanneer een zieke bejaarde niet (meer) de zorg nodig heeft, die alleen het ziekenhuis met zijn multidisciplinaire staf van medische en andere specialisten en zijn uitgebreide outillage kan bieden, maar wel voortdurend verpleegkundige en niet-specialistisch-medische zorg, dan is het verpleegtehuis de aangewezen inrichting. Het feit dat geen voortdurende, multidisciplinaire specialistisch-medische zorg behoeft te worden gegeven, betekent niet dat de hulp van specialisten in het geheel niet nodig zou zijn. In een goed verpleegtehuis zullen niet zelden specialisten worden geraadpleegd. Aan het hoofd van een verpleeginrichting waarin vooral bejaarden worden opgenomen, dient mijns inziens tenminste een geriatrisch geschoolde arts te staan en in de toekomst, indien het tot een erkenning van het specialisme geriatrie zou komen, bij voorkeur een geriatr.

Voor geestelijk gestoorde, vaak onrustige bejaarden, die in eigen omgeving of in een verzorgings- of verpleegtehuis niet zijn te handhaven, bestaan reeds afzonderlijke, speciale verpleegtehuizen. De leiding van een dergelijk tehuis behoort uiteraard te berusten bij een psychiater, bij voorkeur iemand met een geriatrische bijscholing.

Een bejaarde die niet de voortdurende zorg, wel-

ke ziekenhuis en verpleeghuis bieden, van node heeft, maar die door lichamelijke, geestelijke of sociale omstandigheden niet in staat is voor zichzelf te zorgen, dient te kunnen worden opgenomen in een verzorgingstehuis. Zijn medische zorg ontvangt hij in beginsel van zijn eigen huisarts, in zeer grote tehuizen eventueel van een huisarts, die voor alle bewoners dezelfde is. In dat geval verdient een arts met enige geriatrische scholing de voorkeur.

Opneming in een der genoemde verzorgings- of verpleeginrichtingen dient slechts te geschieden, wanneer thuis, in eigen huis of in het gezin, waarin de bejaarde vertoeft, niet kan worden voorzien in de noodzakelijk geachte zorg. Uitbouw van velerlei voorzieningen „in de wijk” behoort daarom sterk te worden gestimuleerd. Vooral de huisarts kan hier een centrale rol vervullen.

Het valt te hopen dat aan de verwarring op het gebied van terminologie en functie van deze inrichtingen spoedig een einde komt. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft in een poging tot opheffing van deze verwarring een Commissie Nomenclatuur ingesteld welke kortgeleden met haar arbeid is gereedgekomen en haar rapport heeft ingediend.

Combinatie van verpleegtehuis en verzorgingstehuis. Uit het voorafgaande blijkt dat deze twee soorten inrichtingen in beginsel van elkander verschillen. Voor verpleegtehuizen gelden bepaalde voorwaarden waaraan moet worden voldaan, willen zij in aanmerking komen voor het ontvangen van een gedeeltelijke vergoeding van de kosten wegens verpleging en behandeling bij opneming op medische indicatie van bij ziekenfondsen verzekerde personen. Deze vergoeding bedraagt momenteel 50 procent van de verpleegkosten per dag tot een bepaald maximum bedrag gedurende hoogstens een jaar, waarna een wachttijd van twee jaar volgt. Tot de voorwaarden behoren onder meer — (1961) Documentatie G.O.Z. 8, 105 — een minimum aantal verpleegbedden van 50, het aan het tehuis verbonden zijn van een medicus, die verantwoordelijk is voor de medische, verpleegkundige en hygiënische gang van zaken, voldoende verplegend personeel (bij voorkeur een verplegende op drie patiënten), een aan het tehuis verbonden heilgymnast-masseur, een bezigheidstherapeut en een goed ingerichte oefenzaal.

In de praktijk zal combinatie van de twee soorten inrichtingen in één gebouw meestal niet goed mogelijk zijn. In elk geval zullen zij functioneel groten-deels gescheiden moeten zijn. Het verpleegtehuis dient functioneel wel in nauwe relatie tot een algemeen ziekenhuis te staan.

Het voordeel van de combinatie met een verzorgingstehuis zal voornamelijk liggen in het samen gebruiken van een aantal technische voorzieningen, zoals keuken, centrale verwarming en wasserij. Ongetwijfeld zal in geval van combinatie overplaatsing van de ene inrichting, casu quo afdeling, naar de

andere gemakkelijker gaan dan wanneer beide tehuizen geografisch verder van elkander liggen. Vooral voor bejaarden kan het van groot voordeel zijn wanneer deze overplaatsing zo onopvallend mogelijk verloopt, ook al gezien de bij sommige hunner bestaande kans op desoriëntatie en versnelde dementering bij een dergelijk ingrijpen. Men dient echter te bedenken dat in het verzorgingstehuis in beginsel niet kan worden voorzien in een adequate verpleging en behandeling, zoals deze in het verpleegtehuis wordt gegeven. Er zal dus soms een keuze moeten worden gedaan, waarbij natuurlijk het belang van de patiënt voorop dient te staan.

Naar mijn mening zal combinatie slechts dan kunnen plaatsvinden, wanneer er sprake is van een groot gebouw, waarin enkele honderden bejaarden kunnen worden opgenomen. Het komt mij namelijk voor, dat, gezien ook de eisen van moderne verpleging en behandeling, het beddenaantal weldra aanmerkelijk zal moeten worden opgevoerd, bijvoorbeeld tot 150 of zelfs tot 250, zoals trouwens ook reeds in 1961 door *Muntendam* is voorgesteld.

Wat de rol van het verzorgingstehuis betreft, meen ik, verwijzend naar hetgeen is opgemerkt bij de indicatiestelling, dat daar in beginsel niet méér behandeling, verpleging en verzorging moet worden geboden dan in het gezinsmilieu gebruikelijk en mogelijk is. Dit mag zeker niet betekenen dat in deze tehuizen uitsluitend geheel gezonde, fitte bejaarden worden opgenomen, zoals nu helaas nogal eens gebeurt. Hulpbehoevende bejaarden hebben verzorging in een tehuis nodig wanneer zij die thuis niet meer op adequate wijze kunnen verkrijgen. Bij lichte, intercurrente ziekten vindt verzorging en eenvoudige verpleging plaats op de eigen kamer, eventueel in een ziekenzaaltje (ziekenboeg).

Ook al staat de diagnose vast en al is de aard van de daaruit resulterende behandeling en verzorging duidelijk, dan zal het in de praktijk toch soms lastig zijn uit te maken of een hulpbehoevende bejaarde in een verpleeg- of in een verzorgingstehuis dient te worden opgenomen. Met name waar het verpleegtehuizen betreft, zal opname daarin nogal eens slechts van tijdelijke aard behoeven te zijn. Ongewijfeld zijn er echter ook chronisch zieke bejaarden, die voortdurend zoveel zorg op verpleegkundig en medisch gebied eisen, dat de keuze niet moeilijk is. Dan is een permanent verblijf in een verpleegtehuis voor hen aangewezen. Dit betreft echter slechts een zeer klein percentage van alle bejaarden, misschien een tot twee procent.

Periodiek geneeskundig onderzoek van bejaarden. Het behoeft geen betoog, dat zeker bij de huidige stand van onze medische kennis en gezien het verloop van vele zogeheten chronische of degeneratieve ziekten, het voorkómen van allerlei stoornissen in de ouderdom en het bevorderen van gezondheid op hoge leeftijd nog het meeste effect zullen gaan sorteren, wanneer de daartoe geëigende maatregelen in een (wellicht veel) vroegere levensfase een aan-

vang nemen. Naast gezondheidsopvoeding en -voorlichting kan men hierbij vooral denken aan het periodiek geneeskundig onderzoek.

Van groot belang is dat bij een geneeskundig onderzoek van „gezonde” bejaarden vele onbekende afwijkingen kunnen worden gevonden. In het T.N.O.-bejaardenonderzoek werd door de huisartsen bij een derde van al hun mannelijke „patiënten” en bij ruim een vierde van al hun vrouwelijke patiënten een afwijking gevonden, waarvan het bestaan de arts tevoren onbekend was. Nu moet hieraan direct worden toegevoegd dat het merendeel der afwijkingen niet van zeer ernstige aard was; toch werden nog bij drie tot zeven procent van alle mannen en vijf tot acht procent van alle vrouwen de tevoren onbekende afwijkingen door de arts wel als ernstig beschouwd.

Bij een onderzoek van 3091 „gezonde” mannen en vrouwen van 40 tot 65 jaar te Amsterdam vond *Van der Heide* bij circa twaalf procent hetzij ernstige aandoeningen, waarvoor medische behandeling onmiddellijk noodzakelijk was, hetzij afwijkingen waarvoor voortgezette medische controle was geadviseerd. Niet zelden zal deze zogenaamde secundaire preventie door middel van een geneeskundig onderzoek tot meer effectieve maatregelen aanleiding kunnen geven op jeugdiger leeftijd dan in de ouderdom.

De vraag blijft echter wat men bij volgende onderzoeken (de follow-up) zal vinden en na hoeveel tijd deze dienen te geschieden. Hierover bestaan in ons land nog vrijwel geen gegevens, althans niet wat betreft het periodiek geneeskundig onderzoek op middelbare en hoge leeftijd. Met name wat de bejaarden betreft is het nog de vraag, wat het vinden van afwijkingen eigenlijk betekent voor het treffen van praktische voorzieningen. Met belangstelling dienen daarom de resultaten te worden afgewacht van de studie van de huisarts *Fuldauer*, die alle bejaarden in zijn praktijk juist met het oog op deze kwestie heeft onderzocht.

In dit verband moge ook worden herinnerd aan het rapport van de *Gezondheidsraad*: Periodiek geneeskundig onderzoek. Hierin wordt betoogd dat het onmogelijk moet worden geacht het rechtstreekse effect van periodiek geneeskundig onderzoek op de gezondheidstoestand in ons land, objectief aan te tonen. Ook wordt eraan getwijfeld of het effect van periodiek geneeskundig onderzoek op de kwaliteit van de gezondheidszorg objectief valt aan te tonen. Het verrichten van experimenteel periodiek geneeskundig onderzoek in huisartspraktijken wordt aanbevolen. De Gezondheidsorganisatie T.N.O. heeft in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap reeds een dergelijk onderzoek verricht. Zowel de mogelijkheid van een algemeen lichamenlijk onderzoek als die van een zogenaamde multiple screening is onderzocht. Met de laatstgenoemde aanduiding wordt bedoeld een onderzoek door middel van een reeks eenvoudige screening tests met als doel het zo vroegtijdig mogelijk ontdekken van bepaalde asymptomatische chronische ziekten. Het

eindrapport van het genoemde onderzoek nadert zijn voltooiing.

Op grond van de bij diverse onderzoeken tot dusverre verkregen ervaring en rekening houdend met de vaak meer dan volle dagtaak, welke vele Nederlandse huisartsen hebben, meen ik, dat op het ogenblik een periodiek algemeen lichamenlijk onderzoek, zelfs bij vrij beperkte groepen, als bijvoorbeeld mannen van 40 tot 65 jaar, of bejaarden, meestal onuitvoerbaar zal zijn. Meer mogelijkheid biedt de vooral door *Van den Dool* aanbevolen methode van multiple screening, gekoppeld aan het (periodieke) bevolkingsonderzoek op tuberculose. In enkele streken van ons land worden experimenten overwogen of reeds voorbereid om op deze wijze ouderen, met name bejaarden, althans eenmaal op een aantal afwijkingen te onderzoeken. Het belangrijke punt daarbij is dat de huisarts bij dit preventieve werk volop blijft betrokken, terwijl hij er bovendien een meer persoonlijk karakter aan kan geven. Ook de Kruisverenigingen zouden bij deze werkzaamheden kunnen worden ingeschakeld. Dit betekent naar mijn mening niet, dat deze verenigingen consultatiebureaus voor bejaarden zouden moeten gaan organiseren in dezelfde geest als voor zuielingen of kleuters.

Ook ten aanzien van multiple screening doet zich de vraag voor om de hoeveel tijd deze dient te geschieden en of de frequentie ervan met het stijgen van de leeftijd moet worden opgevoerd. Sommige afwijkingen zullen op hogere leeftijd zeker meer gaan voorkomen. Maar een frequent onderzoek van hoog bejaarden brengt ook bepaalde bezwaren (bijvoorbeeld transport, onrust) met zich, terwijl het uiteindelijk effect, gezien onze huidige kennis en mogelijkheden, over het algemeen genomen geringer zal zijn dan bij „jongeren”.

Toch valt er veel voor te zeggen thans reeds op uitgebreide schaal ervaring op te gaan doen met een onderzoek, door middel van een aantal screening tests, van ouderen, niet alleen van bejaarden maar ook van personen van middelbare leeftijd. Het zou de voorkeur verdienen wanneer de huisarts zich intensief en rechtstreeks met deze taak zou bezighouden. Het valt echter te betwijfelen of hiervoor steeds voldoende tijd of bereidheid is te vinden. Daarom is het nodig ervaring op te doen met een werkwijze, waarbij het screenen wordt verricht door speciaal daarvoor aangestelde artsen, die hun bevindingen dan doorgeven aan de betrokken huisartsen.

Ter vermindering van misverstand zij erop gewezen dat het verrichten van de eigenlijke tests in beginsel niet door de arts, maar door hulpkrachten zal dienen te geschieden. Wel zal de huisarts tijd vrij moeten maken voor nader onderzoek van de gevonden afwijkingen.

Gezien het vrij veelvuldig voorkomen van bepaalde afwijkingen op hoge leeftijd (met name hypertensie, anemie, diabetes, urineweginfecties) zullen veel meer dan tot dusverre het geval was, bepaalde snelle en eenvoudige onderzoeken moeten worden verricht bij vrijwel alle bejaarden die de hulp van de huisarts inroepen. Dergelijk preventief werk kan op eenvoudige en betrekkelijk weinig tijdrovende wijze worden gedaan. Daarnaast zal een enkel uitvoerig gesprek met elke bejaarde voorzover dat niet reeds om de een of andere reden heeft plaatsgevonden, over het algemeen van groot nut kunnen zijn, ook op het vlak van de preventie.

Samenvatting. Ofschoon kwesties van gezondheid en ziekte in de ouderdom reeds veel meer belangstelling krijgen dan voor kort het geval was, zijn vele problemen rondom de gezondheidszorg van bejaarden nog geenszins tot een oplossing gebracht. Het tiende deel van de Nederlandse bevolking, dat 65 jaar of ouder is, vraagt echter zoveel aandacht van allen, die zich op het terrein van de gezondheidszorg bewegen, dat het zoeken naar de juiste oplossing met kracht moet worden voortgezet. Er zijn verscheidene vraagstukken, waarbij de huisarts nauw is betrokken. Enkele hiervan worden in dit artikel nog eens aan de orde gesteld: plaats van de geriatrie, indicatiestelling voor opneming in verpleeg- en verzorgingshuizen en periodiek geneeskundig onderzoek van ouderen. Het is van groot belang, dat de huisarts een gefundeerd oordeel over deze kwesties heeft en bereid is die taken op zich nemen welke op het gebied van de zorg voor de gezondheid van bejaarden kennelijk tot zijn arbeidsterrein behoren.

Summary. Problems concerning the health care of the aged. Although questions of health and illness in old age receive much more attention today than they did a relatively short time ago, many problems concerning the health care of the aged remain to be solved. People aged 65 and over constitute some 10% of the Dutch population, and these people require so much of the attention of those active in the field of health care that the search for an adequate solution must be vigorously continued. The general practitioner is directly concerned with several questions, some of which are reviewed in this paper. They include the position of geriatrics, indications for admission to nursing-homes and similar institutions, and periodic medical examination of the aged. It is of great importance that the general practitioner forms a considered opinion about these questions, and is prepared to assume the obvious duties which await him in this field.

- Bronts, H. J. en R. J. van Zonneveld (1957) Het Ziekenhuiswezen 30, 305.
Dool, C. W. H. van den (1960) Het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten. Academisch proefschrift, Leiden.
Gezondheidsraad (1960) Verslagen en mededelingen Volksgezondheid no. 10.
Hattinga Verschure, J. C. M. (1964) Symposium Klinische sectie Ned. Ver. v. Gerontologie.
Heide, R. M. van der (1959) Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40-65 jaar oud. Academisch proefschrift, Amsterdam.
Muntendam, P. (1960). Ons Ziekenhuis 22, 301.
Stapert, H. H. C. (1952). T. Ziekenverpl. 5, 435.
Waard, G. H. de (1960) De wetenschappelijke waarde van ziekenfondsgegevens. Academisch proefschrift, Utrecht.
Ziekenfondsraad (1964) Jaarverslag 1963. Verslagen en mededelingen Volksgezondheid no. 7.
Zonneveld, R. J. van (1961) The health of the aged. Van Gorcum, Assen.