

bijvoorbeeld bij de behandeling van diabetes-patiënten, meer armslag werd gegeven. Bij benadering leek voor de in het voorgaande beschreven werkwijze, per duizend inwoners twee uur arbeid per week van de diëtiste toereikend te zijn.

Enthousiasme en aandacht van huisarts en diëtiste in dit voornamelijk preventieve veld nemen duidelijk toe. Beiden hechten zeer veel waarde aan de correctiemogelijkheden, die zij in het contact hebben ervaren. In het contact bestaat de mogelijkheid, dat de diëtiste de huisarts informatie aanbiedt, die hij persoonlijk niet of niet zo gemakkelijk kan verkrijgen. Enerzijds wordt hiermee bedoeld informatie over de wijze, waarop de patiënt de relatie met zijn huisarts beleeft, anderzijds over die relaties, respectievelijk gezinsstructuren, die de huisarts ontgaan of die niet toegankelijk voor hem zijn. Hierbij spelen uiteraard zowel de persoonlijkheid van diëtiste en huisarts als de relatie tussen beiden een belangrijke rol.

Bij de kruisverenigingen bestond tot voor kort de neiging om de wijkverpleegster een grotere taak te geven bij de dieetvoorlichting in de huisartspraktijk. Hoewel het zeer goed mogelijk lijkt, dat zij bij een incidenteel geval de huisarts in zijn dieetbehandeling kan ondersteunen is het vooralsnog de vraag of een wijkverpleegster in dit vlak voldoende hulp zal kunnen bieden. De opleiding van de diëtiste lijkt hiertoe veel adequater. Bovendien bleek in de praktijk, dat bij geen van de tijdens het proefcontact bezochte patiënten de wijkverpleegster contact had gehad met het gezin, waarvan de patiënt deel uit-

maakte. Hoewel de medisch-persoonlijke contacten met het gezin zoveel mogelijk over één figuur moeten lopen, lijkt het ons, dat achtergrond, doel en continuïteit van het werk van de diëtiste zo verschillen van dat van de wijkverpleegster, dat ook aan eerstgenoemde entree in het gezin moet worden gegeven. De wijkverpleegster kan het werk van de diëtiste ondersteunen in die gevallen, waarbij zij vanuit haar professie in hetzelfde gezin een rol speelt.

Het succes van de geschetste gang van zaken staat of valt met een continue, goede persoonlijke relatie tussen huisarts en diëtiste. Dit geldt ook ten aanzien van de samenwerking met anderen die belast zijn met zorg in en rond het gezin, zoals zielzorger, wijkverpleegster, vroedvrouw, maatschappelijk werkster en heilgymnast. In de grote stad stelt een dergelijke communicatie alle betrokkenen voor enorme moeilijkheden. Het is dringend gewenst, dat wij ons op korte termijn beraden hoe deze kunnen worden opgelost.

Samenvatting. Aan de hand van een proefcontact tussen een huisarts en een diëtiste, waarbij werd gezorgd voor een goede communicatie en waarbij aan de diëtiste entree in het gezin werd gegeven, worden de voor- en nadelen van deze werkwijze uitvoerig overwogen.

Summary. A form of cooperation between general practitioner and dietician. The advantages and disadvantages of cooperation between general practitioner and dietician are discussed with reference to a test case in which good communication was ensured and the dietician given access to the family.

Enkele facetten van de gezondheidsleer voor de ouder wordende mens

DOOR F. J. G. OOSTVOGEL, ARTS*

In zijn bundel novellen „Mens en Engel” beschrijft Adriaan Morriën op voortreffelijke wijze een oude vrouw die, alleen in huis, bewusteloos is geraakt en weer tot bewustzijn komt. Haar „laatste lichaam” had haar in de steek gelaten. Zij had namelijk haar leven gezien als een verzameling lichamen, zij was van het ene lichaam in het andere gestapt. Alhoewel „Haar laatste lichaam” de situatie, zoals deze zich kan voordoen, indringend beschrijft, moeten wij rekenen met de realiteit van één lichaam van geboorte tot dood. Tussentijdse wisseling is er niet bij, ook al kan men reeds organen transplanteren. Dit ene, ons op het levenspad vergezellende lichaam en de daarin huizende geest moeten wij dan ook in zo goed mogelijke conditie houden.

* Geneesheer-directeur Gulden Huis te 's-Gravenhage.

De gezondheidsleer voor bejaarden is een vervolg op en een aanvulling van de algemene gezondheidsleer. Het is een algemene gezondheidsleer waarbij er meer dan tot nu toe geschiedde rekening dient te worden gehouden met het feit dat de leeftijdsverwachting van de pasgeborene de laatste decennia sterk is toegenomen. Zulks zal overigens wel mede een gevolg zijn van de toepassing van deze leer. Zij richtte zich echter tot dusver meer op het levensbegin tot aan de volwassenheid en in veel mindere mate op het presenium en het senium, op de levensvoltooiing.

De wetenschappen die zich bezig houden met de problematiek rond het ouder worden, de gerontologie, en haar medisch onderdeel de geriatrie, staan nog in de kinderschoenen. Alleen vanuit deze kinderschoenen kan ik een poging wagen enige aspecten

ten van de gezondheidsleer voor bejaarden te belichten. Te bedenken valt voorts dat het hier zeker niet alleen om een geneeskundig probleem gaat, maar om een vraagstuk dat multidisciplinair is. Ik wil mij voornamelijk beperken tot de geneeskundige achtergronden van deze gezondheidsleer.

Het in de wereld geheel nieuwe verschijnsel, dat een grote groep van de bevolking een hoge leeftijd bereikt, behoeft een grootscheepse aanpak, ook en vooral vanuit geneeskundig oogpunt. Want het oud worden van meer mensen brengt met zich mee dat niet alleen de zeer sterken oud worden, een survival of the fittests, maar ook de minder sterken, invaliden en zelfs chronisch zieken. Er is hier sprake van een, vooral relatief, zeer sterke stijging van het aantal in deze laatste groepen. Ten tijde van Napoleon had overigens de tachtigjarige een grotere levensverwachting dan heden ten dage en zulks zonder antibiotica, anticoagulantia, chirurgische topprestaties en wat dies meer zij.

Deze toename van de gemiddelde levensverwachting kwam onder meer tot stand door het overwinnen van grote epidemische ziekten, verbetering van verloskundige methoden en zuigelingenverzorging, verbetering van de voedingsgewoonten, leef- en werk-omstandigheden en de sterk toegenomen therapeutische en ook preventieve mogelijkheden. Een van de grote uitdagingen aan de wetenschap is de bestrijding van de degeneratieve ziekten. Een primaire vraag die rijst is: wat is nu eigenlijk ouderdom, waardoor wordt deze veroorzaakt, waar ligt de grens tussen fysiologie en pathologie. Het onderzoek naar de oorzaken van veroudering en de wezenskenmerken ervan is nog maar nauwelijks begonnen. Zolang men hier niet meer klaarheid in brengt, blijft het moeilijk de veroudering uit te stellen en in haar gevolgen voor lichaam en geest te beperken.

* * *

Er bestaan vele theorieën over de aard van het verouderingsproces; de bewering van Cicero: „*Senectus ipse morbus*” is daarvan wellicht de oudste, maar ook de heden ten dage minst aanvaarde. Bütschli (1882) beschouwde het verouderen als de consumptie van een speciaal levensenzym. Max Rübner (1909) stelde dat er een functionele relatie bestaat tussen de intensiteit van de stofwisseling en de levensduur. Is het een verlies van regeneratieve capaciteit van de lichaamscellen? Zijn het stoornissen in de proteïne-stofwisseling? Anderen noemen de exogene noxen van de technische civilisatie of een biologische autointoxicatie.

Er wordt ook onderscheid gemaakt tussen exogene en endogene factoren, die het verouderingsproces zouden beïnvloeden. Tot de endogene factoren rekent men dan erfelijkheid, constitutie, ras, geslacht, levenswijze, levensinteresse, prikkelbaarheid van het centrale zenuwstelsel, neiging tot vegetatieve dystonie, lichaamsbouw, adaptabiliteit van het lichaam aan externe lesies en weerstand van

het lichaam tegen exogene schadelijke invloeden. Tot de exogene factoren worden gerekend: klimaat, levensmilieu, bevolkingsdichtheid, voeding, activiteit of inactiviteit, economische situatie, chronische infecties en intoxicaties, fysieke en psychische noxen, stress en het sociale relatiepatroon. Dit alles tezamen vormt een zeer complex beeld, waarin we moeten speuren naar de factoren die de grote variabiliteit in het verouderen veroorzaken.

Niet alle organen en orgaansystemen verouderen in dezelfde mate en in hetzelfde tempo. Onder normale omstandigheden is er weinig verschil met de andere levensperiodes. Maar bij stress en ziekten is de terugkeer tot normale situaties en waarden veel langzamer. Als een zeer belangrijk kenmerk springt mijns inziens een afname van de aanpassings- en reservecapaciteiten naar voren, terwijl het vermogen tot compensatie van geleden schade aan lichaam en geest afneemt. Daardoor raakt een bejaarde veel sneller gedecompenseerd in de totaliteit van zijn levensfuncties. Een vaak betrekkelijk onschuldige ziekte of ongeval kan het zeer labiele evenwicht verbreken. Maar waar de fysiologie der veroudering overgaat in de pathologie, blijkt een zeer moeilijk vast te stellen grens.

Een omschrijving zoals die door de nestor der gerontologen Korenchewski (zie *Groen*) is voorgesteld, is wellicht momenteel nog de meest bruikbare. Volgens deze omschrijving is de ouderdom gekenmerkt door een complex van verschijnselen welke men als volgt kan opsommen:

Voortschrijdende biologische processen, waarschijnlijk van biochemische aard, die zich afspelen in het protoplasma en de tussenstof van de cellen tijdens de toenemende levensduur van het individu. Deze processen uiten zich morfologisch in de „gewone” ouderdomsverschijnselen, zoals grijs worden van haren, elasticiteitsverlies van de huid, bloedvaten en longen, seniele atrofie en pigmentatie van verschillende organen. Fysiologisch zijn zij verantwoordelijk voor de achteruitgang van allerlei functies op hogere leeftijd, waarvan de verminderde functie van oog en oor bij de mens typische uitingen zijn. Wij weten van de oorzaak dezer processen nog zeer weinig. Het is zelfs de vraag of deze algemene verouderingsprocessen een gemeenschappelijke oorzaak hebben.

Achteruitgang in functie en structuur van het geslachtsapparaat, met als resultaat dat oudere individuen ophouden zich voort te planten. Deze verminderde functie betreft zowel de uitwendige als de inwendige afscheiding der geslachtsklieren; dit laatste heeft weer belangrijke gevolgen voor bouw en functie van de rest van het organisme. Het is nog niet met zekerheid bekend wat de oorzaak is van dit „fysiologisch hypogonadisme” gedurende het senium. Wel is komen vast te staan dat vele veranderingen, somatisch en psychisch, welke wij vroeger als inherent aan het biologische senium hebben beschouwd, een gevolg zijn van het uitvallen van

de hormonale functies der geslachtsorganen, daar zij door adequate substitutie geheel of gedeeltelijk zijn tegen te gaan.

Het verschijnen in toenemende frequentie of intensiteit van zogenaamde „ouderdomsziekten”, al komen deze ook reeds op jeugdige leeftijd voor. Hiertoe behoren voornamelijk aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, het vaatstelsel, de diabetes en de kwaadaardige gezwellen.

Een cumulatie van de gevolgen van, vaak chronische, beschadigingen, die pas na jaren tot manifeste stoornissen aanleiding geven en dus eo ipso pas op latere leeftijd klinisch tot uiting kunnen komen. Hieronder behoren de toenemende gevolgen van intoxicaties zoals roken of drinken, beschadigingen door mechanische overbelasting (arthrosis deformans), door ondervoeding (eiwitgebrek, kalkgebrek) of overvoeding (atheroma, diabetes).

Een verminderd vermogen tot adaptatie aan veranderende, a fortiori, aan ongunstige uitwendige omstandigheden, een verminderd vermogen dergelijke schadelijke noxen („stress-situaties”) af te weren, te overwinnen of te compenseren, en daardoor een afnemend vermogen om zich zonder hulp en beschutting staande te houden, hetgeen in onze maatschappij wil zeggen: een toenemende afhankelijkheid van anderen.

Psychische veranderingen, objectief en subjectief, die, hoewel samenhangend met en voortvloeiend uit de infantiele en volwassen persoonlijkheid van het individu, hem gedurende het senium anders in het leven doen staan. Ook de essentie van dit verouderen dat men neuro-anatomisch, neuro-fysiologisch, gedrags-psychologisch of fenomenologisch kan beschrijven, is nog onvoldoende doorgrond, al zijn daarover reeds interessante waarnemingen gedaan. Het blijkt moeilijk de normale en vaak heilzame processen der psychische veroudering van de pathologische te onderscheiden. De sociale consequenties, vooral van deze „psychische veroudering” zijn groot.

Als gevolg van combinatie van bovengenoemde veranderingen wordt de veroudering gekenmerkt door een progressief toenemende sterfte.

* * *

Aan de hand van deze omschrijving en het daarvoor gememoreerde kunnen we pogen enige gevolgtrekkingen te maken voor de gezondheidsleer bij bejaarden. Vooralnog ziet het er niet naar uit dat we veel invloed ten goede uit kunnen oefenen op de genese en op de door de erfelijkheid bepaalde factoren. Er zal nog een uitgebreide vooral biologische en biochemische studie nodig zijn om de normale ontwikkelingsprocessen te bestuderen en deze vervolgens te onderzoeken in hun relatie tot het verouderingsproces. Ook over de invloed van de geslachtsklieren is, mijns inziens, nog te weinig bekend dan dat in dit verband conclusies te trekken zouden zijn. Meer valt er, gelukkig, te zeggen

over de invloed van infecties, intoxicaties en dergelijke.

Infecties. Alhoewel vrijwel alle infectieziekten tot op hoge leeftijd kunnen voorkomen, behoren tot de meest voorkomende: verkoudheid, influenza, pneumonie, paratyfus A en B, cystitis, herpes zoster, furunculosis en erysipelas. Men vond dat 63,6 procent van de sterfte-oorzaken bij bejaarden door infectieziekten werd gevormd. Vooral de infecties van de luchtwegen zijn berucht. Door het verlies van de elasticiteit van de longen en de vaak voorkomende verandering in de vorm van de borstkas neemt de ventilatoire capaciteit sterk af. Als daar dan nog onvoldoende beweging bijkomt, worden de longen nooit eens goed eventileerd en zijn zij voor infecties gepredisponeerd.

Moine schreef in zijn artikel „La santé et l'hiver” dat van de in zijn geheel verhoogde mortaliteit ten gevolge van infecties der luchtwegen tijdens een langdurige koudeperiode, 88 procent voor rekening kwam van mensen boven de zestig jaar. Anderen vonden, dat 81,1 procent van de door pneumonie, 79,9 procent van de door influenza en 38,1 procent van de door longtuberculose veroorzaakte sterfgevallen de boven zestigjarigen betrof (*Melnotte*). Deze zeer hoge cijfers wijzen op het grote gevaar van infectieziekten op hoge leeftijd, vooral van de luchtwegen. Het fysiologisch elasticiteitsverlies van de longen is voorlopig niet te beïnvloeden. Wel is de vorm van de borstkas te beïnvloeden en optimaal te houden. Door preventie van rachitis zullen kyfoses, scolioses en wat dies meer zij veel minder voorkomen. Verder zullen sportbeoefening, gymnastiek en bewegingsactiviteit in het algemeen de longen in functioneel goede toestand moeten houden. Sterke temperatuurwisselingen (het toilet buiten komt nog voor!) zal men dienen te vermijden. Door verbetering van de woning (verwarming, tochtpreventie) zal veel kunnen worden bereikt, terwijl anderzijds doelmatige kleding (veelal wol) van belang is.

In hoeverre men door immunisatie, onder anderen met de griepvaccins, de oudere mens dient te beschermen, behoeft nog nadere bestudering. Ook zal de bejaarde en degenen die hem verzorgen moeten worden geleerd bijtijds medische hulp in te roepen bij voorkomende infecties. Huisartsen, verplegend en verzorgend personeel dienen bedacht te zijn op het vaak atypische verloop, bijvoorbeeld pneumonieën met afebriële of zelfs subfebriële temperatuur. Vooral voor bejaarden geldt, dat snelle hulp dubbele hulp is.

Ook het lijden aan tuberculose op oude leeftijd behoeft onze volle aandacht, bijvoorbeeld door bevolkingsonderzoek of screening; zulks temeer nu blijkt dat steeds meer mensen nog niet met de tuberkelbacil in aanraking zijn geweest (*Kraan*). De preventie van ziekten als paratyfus A en B ligt op het algemeen hygiënische vlak, maar is ook weer voor de bejaarden met hun vaak labiele fysiologische evenwicht van groot belang.

Infecties van de huid, zoals furunculosis en erysipelas kunnen in belangrijke mate worden voorkomen door een goede lichaamshygiëne. Dat hieraan, en niet alleen bij bejaarden, nog veel ontbreekt is een bekend feit. Een zeer groot percentage van onze woningen is niet uitgerust met douche- of badgelegenheid. Dat er dan van de wekelijkse „grote beurt” weinig of niets terecht komt blijkt vaak duidelijk. De bejaarde, die daarenboven nog vaak gehandicapt is, komt er dan helemaal niet aan toe. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zullen hier, beginnend bij de jeugd, geleidelijk aan hun invloed moeten doen gelden. Uiteraard dient het scheppen van de mogelijkheden in de woningen en tehuizen ter hand te worden genomen, alsmede het bouwen van badgelegenheden. Bij dit soort infecties is ook onderzoek van de urine op het, vrij veel, voorkomen van diabetes geboden. De immuniteit op oude leeftijd voor allerlei infectieziekten, zoals difterie, mazelen en roodvonk zal men in het oog moeten houden. Dat deze ziekten nu nog niet veel voorkomen, is geen garantie voor de toekomst.

De voeding. Een tweede, zeer belangrijk aspect van de gezondheidsleer voor bejaarden vormt de voeding. Alhoewel ondervoeding althans in onze westerse wereld tot de uitzonderingen behoort, komt ondervoeding des te meer voor en is insufficiënte voeding een vooral onder bejaarden zeer verbreid euvel. De onderling goede verhouding tussen de diverse voedingsbestanddelen is nogal eens zoek en zulks vaak gedurende een grote periode van het leven. Alhoewel de invloed van voeding en diët op de preventie en het ontstaan van ziekten en afwijkingen en de behandeling daarvan nog een voorwerp is van uitgebreide studie, is de grote rol welke de voeding daarbij speelt onmiskenbaar. Ofschoon er bij de bejaarde een enigszins verminderde caloriebehoefte bestaat, is de samenstelling der voeding van het allergrootste belang. Voor een voldoende gebruik van eiwitten moet in de eerste plaats worden zorggedragen. De norm van 1 gram per kilogram lichaamsgewicht per dag, geldt ook voor oude mensen, terwijl deze behoefte bij ziekte en stress is verhoogd. In deze omstandigheden reageren bejaarden ook vaak voortreffelijk op anabole stoffen, die volgens vele publikaties een objectieve en subjectieve verbetering van de toestand geven.

De rol van de vetten bij het ontstaan van vaat-aandoeningen is nog een veel omstreden onderwerp. Als de verzadigde dierlijke vetten invloed hebben op het ontstaan van atherosclerose dan zal daar reeds op jeugdige leeftijd bij de voeding rekening mee moeten worden gehouden. De nog steeds toenemende sterfte aan hart- en vaatziekten, doodsoorzaak nummer 1, eist onze volle aandacht voor deze problematiek op. Door de relatieve goedkoopte van de koolhydraten maken deze vaak voor een belangrijk gedeelte de voeding uit. Daarbij mag de grote snoeplust van menige bejaarde niet uit het oog worden verloren.

De te hoge koolhydraat- en vettoevoer gaat vaak

ten koste van de, veel duurdere, eiwitconsumptie. Het vrij algemeen verbreide euvel van het gebruik van te weinig groenten, vruchten en bruinbrood, gevoegd bij een gebrek aan activiteit, bevordert de constipatie, waarmee zoveel bejaarden zo hardnekkig tobben. Dagelijks ontmoet men patiënten voor wie dit een voortdurende zorg is, waaraan ze overmatig gefixeerd raken en waarvoor ze gedurende vele jaren allerlei laxantia slikken, met alle vaak nare gevolgen van dien. Bij een onderzoek naar voedingsgewoonten bij bejaarden in Amsterdam vonden *Brugman* en medewerkers deficiënties ten aanzien van de volgende bestanddelen: calcium (verband met osteoporose?), vitamine B₂, dierlijk eiwit, ijzer, vitamine B en plantaardig eiwit.

De gewoontevorming speelt hier natuurlijk een grote rol. Een van de grote taken van bijvoorbeeld de Kruisorganisaties is, om door goede voedingsvoorlichting, reeds op de school begonnen, tot betere gewoontes te geraken. Ook de prijs van juist de eiwitrijke voedingsstoffen is een belangrijke factor. Maar andere factoren, zoals de onmogelijkheid om te gaan winkelen, slechte bereidingsmethoden, slechte eetlust, verergerd door eenzaamheid, en niet te vergeten het slechte of zelfs geheel afwezige gebit zijn hierbij eveneens in het spel. Hier liggen dan ook aangrijpingspunten voor bejaardenhulp zoals door „meals on wheels” (tafeltje-dek-je) en boodschappen doen. Ook de nog veelvuldig aanwezige onderwaardering van het gebit met alle gevolgen van dien, zoals geen of onvoldoende tandverzorging en het te vroegtijdig overgaan op protheses behoeft alle aandacht. De foetor ex ore, komend van een kerkhof met parodontose, is allesbehalve eetlustbevorderend.

Behalve deze insufficiënte voeding is het vraagstuk der overvoeding in onze cultuur minstens even belangrijk. De nadelige invloed van een overvoeding op gezondheid, ziekte en invaliditeit is overbekend. De levensverwachting neemt af naarmate het overgewicht toeneemt, ziektes en waarschijnlijk ook degeneratieve aandoeningen worden er nadelig door beïnvloed en de invaliditeit wordt verergerd. Alhoewel obesitas verscheidene oorzaken heeft, is het teveel eten en snoepen, ondanks vaak heftige ontkenning, de meest voorkomende oorzaak. Ook hier zal gezondheidsvoorlichting en -opvoeding de helpende hand moeten bieden. Vergeten we echter ook niet dat voor menige bejaarde de maaltijden het enige plezier en de enige afwisseling in een monotone dag kan betekenen.

Preventie van invaliditeit. Wij kennen vele ziekten (reumatoïde arthritis, cerebrovasculair accident), degeneratieve aandoeningen (arthrosis deformans) en congenitale misvormingen, die tot invaliditeit voeren en welke bestrijding uiteraard zoveel mogelijk causaal zal dienen te zijn of worden. Hiertoe worden al veel onderzoekingen ondernomen, maar er zal uiteraard nog veel werk moeten worden verzet voordat men ziekten zoals de reumatoïde

arthritis, degeneratieve aandoeningen, zoals de arthrosis deformans, in alle opzichten heeft doorgrond, de bestrijding ervan effectief kan worden opgezet, en een gerichte preventie tot de mogelijkheden zal gaan behoren. Zulks geldt minstens evenzeer voor congenitale aandoeningen en voor de bijvoorbeeld door maligne tumoren veroorzaakte invaliditeit. Maar de bejaarden worden door nog veel meer gevaren bedreigd.

Ongevallen bedreigen namelijk de validiteit in steeds toenemende mate. Men behoeft slechts te denken aan de enorm toegenomen verkeersintensiteit, waaraan oude mensen zich vaak moeilijk kunnen aanpassen. Hun verminderde reactiesnelheid en hun tragere bewegingen, minder goed zien en horen vormen evenzo vele gevaren. Maar ook de jongeren, door ongevallen invalide geworden, kunnen oud worden. Het vergroten van de verkeersveiligheid is dan ook van de grootste betekenis. Daarbij zal een verbetering van de mentaliteit van de verkeersdeelnemers het eerste doel moeten zijn. Meer aandacht en respect voor de bejaarde is hier zeker op zijn plaats, terwijl anderzijds de bejaarden zoveel mogelijk vertrouwd dienen te worden gemaakt met het moderne verkeer, hetgeen in diverse cursussen ook al gebeurt.

Daarnaast vormen de ongevallen in en rond de woning ook een belangrijk probleem. Veel invaliditeit wordt, meestal onnodig, veroorzaakt door niet of onvoldoende aangepaste behuizing. De steile trappen, losse vloerkleedjes, gladde vloerbedekkingen, onvoldoende verlichting en vele andere euvels zijn verantwoordelijk voor menige collumfractuur. Statistieken tonen aan dat bij bejaarden, vooral die boven de 75 jaar, significant meer ongevallen voorkomen dan in de overige leeftijdsgroepen. Een onderzoek van *Boucher* gaf aan dat 73 procent van de ongevallen thuis met dodelijke afloop, mensen betrof van 65 jaar en ouder, waarvan 58 procent bejaarden van 75 jaar en ouder. Er zal veel meer aandacht aan de inrichting van de huizen en tehuizen dienen te worden besteed met het oog op de veiligheid van de bewoners.

Gas- en koolmonoxydevergiftiging behoeven in dit verband de volle aandacht, ook al wegens het doorgaans verminderde reukvermogen van de bejaarde. In Engeland nam men al proeven met toevoeging van sterk ruikende gassen. Verbrandingen komen vrij veel voor, waarbij te bedenken valt dat de prognose hiervan veel slechter is dan op jeugdige leeftijd. Volgens een onderzoek van *Bull* en *Squire* geeft een verbranding van 10 procent een mortaliteit van 50 procent op zeventigjarige leeftijd. Daar ongevallen van allerlei soort thuis en op straat de bejaarden zeer frequent treffen, is preventie van het allergrootste belang.

In de ouderdom openbaren zich ook nogal eens de gevolgen van een opeenhoping van schadelijke noxen, zoals overmatig eten, teveel roken of alcoholmisbruik. In het kader van de algemene gezond-

heidszorg zal hieraan, vooral op jeugdige leeftijd, alle aandacht moeten worden besteed door gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Behalve de verslaving aan ongezonde rook- en drinkgewoonten kennen we ook nog het grote euvel van het overmatig gebruik van medicijnen of wat daarvoor moet doorgaan. Helaas zijn niet altijd alleen de leken hiervan de schuld. Gewoontevorming op het gebied van laxantia- en slaapmiddelengebruik is een wijd verspreid kwaad. Dit mede te helpen bestrijden is zeker een voor de huisarts voor de hand liggende, alhoewel moeilijke, taak.

Ook de tegenwoordig druk onderzochte luchtverontreiniging behoeft, evenals de drinkwatervoorziening (fluoridering), het gebruik van conserveringsmiddelen bij voedselbereiding en dat van ziektebestrijdingsmiddelen in land- en tuinbouw, volle aandacht en nadere studie. De invloed van al deze factoren op gezondheid en levensduur is nauwelijks bekend, maar daarom niet minder belangrijk. De plaats waar men leeft, een gezond of minder gezond klimaat, stad of platteland, bevolkingsdichtheid, economische situatie en werkmilieu, om maar enkele aspecten te noemen, spelen alle hun min of meer belangrijke en grotendeels nog onbekende rol in hun relatie tot het levende organisme in casu de mens.

Het actief houden van lichaam en geest. (Le mouvement c'est la vie). Wanneer dit voor één leeftijdsgroep onzer patiënten geldt, dan is het wel voor de bejaarden. De nadelige invloed van een gebrek aan, of zelfs vrijwel geheel ontbreken van lichaamsbeweging is langzamerhand wel bekend. Actief houden van lichaam en geest moet als een rode draad door onze bejaardenzorg heenlopen, vooral in preventieve zin. In dit verband mag dan ook wel eens weer gewezen worden op de nog steeds aanwezige overwaardering van het bed als rustplaats bij allerlei ziekten en ongevalsletsels. Het is vooral voor bejaarden een gevaarlijke plaats, waar bij rust van wat langere duur al menige onnodige invaliditeit is ontstaan.

Er wordt wel eens gezegd dat de beste bejaardenzorg bij de wieg begint; mijns inziens is dat overdreven. Maar toch, het gebrek aan lichaams oefening, gymnastiek en sport begint voor velen al vroeg. Nog heden ten dage is er een schrijnend gebrek aan ruimten en accommodatie voor bijvoorbeeld gymnastiekbeoefening op de lagere scholen. In de praktijk komt hier niet zelden weinig van terecht, hoewel de uren op de lesroosters worden vermeld. De bejaarden van heden hebben vroeger vrijwel niets aan gezonde lichaamsbeweging en sport gedaan en wij kunnen pogen met bejaardengymnastiek daaraan nog wat tegemoet te komen. Maar de bejaarden van de toekomst dienen hun gehele leven aan gezonde lichaamsbeweging te hebben gedaan. De meeste mensen, zo ze al sport beoefenen, stoppen hiermede op hun dertigste tot veertigste levensjaar, zij slijten hun verdere leven op een bureaustoel, in de stoel voor de televisie of achter het stuur van

hun auto. Drive-in banken, dito bioscopen en dergelijke zullen er wel voor zorgen dat we zo min mogelijk behoeven te lopen. En dat terwijl ons lichaam is gebouwd voor beweging. De gevolgen kunnen dan ook niet uitblijven.

Van groot belang is ook goede voetverzorging in de ruimste zin des woords. Veel inactiviteit, gebrekkige mobiliteit en zelfs invaliditeit wordt veroorzaakt door kleine en grote euvels aan de voeten, zoals eksterogen, kalknagels, ingegroeide nagels, exostosen, hamertenen, plat- en spreidvoeten. Van essentieel belang in de bejaardenzorg is dat voor ieder een goede pedicure beschikbaar en betaalbaar is. Het is jammer, dat het nog steeds niet is gelukt hiervoor afdoende regelingen te treffen. Gezonde lichaamsbeweging dient te worden gepropageerd en gestimuleerd, terwijl mogelijkheden moeten worden geschapen en in stand gehouden om een en ander in ons dichtbevolkte land te kunnen blijven doen. Velerlei sporten lenen er zich goed voor om ze tot op hoge leeftijd te blijven beoefenen en de beoefenaars voelen er zich wel bij.

Het lichaam moet actief worden gehouden, maar in niet mindere mate de geest. Als men na de pensionering — een vraagstuk op zich — in een onzalig nietsdoen vervalt, leidt de rust snel tot roest. Er dreigen hier grote gevaren, zowel voor de psychische spankracht als voor het sociale relatiepatroon. Een zogenaamde glijdende pensionering zou voor sommigen uitkomst kunnen bieden, voor anderen de bejaarden-werkplaatsen, maar de overgrote meerderheid zal zelf in een nieuwe dagvulling dienen te voorzien. Bijtijds zal men zich hierop dienen in te stellen, ermede vertrouwd moeten raken en vervangende werkzaamheden, bezigheden en hobby's moeten zien te vinden. In dit zich veranderende leefmilieu kan men dan ook bijtijds weer nieuwe relaties opbouwen met andere mensen, ter vervanging van de met het werk verdwenen relaties. Anders dreigt een der grootste gevaren voor de bejaarden, namelijk de vereenzaming. Het wegvallen van vrienden en kennissen, of erger nog van familie of levenspartner vormt een ernstige bedreiging voor de psychische en sociale integratie.

* * *

Het overgrote deel van hen die opnemingsvragen in een bejaardentehuis bestaat uit alleenstaanden. Rümke wees er in dit verband ook op, dat het handhaven van een zeker ritme in de dagelijkse activiteiten van belang is. De man moet niet na de pensionering thuis in zijn stoel blijven zitten en zo al gauw zijn vrouw tot last worden. Bejaardensociëteiten, werkplaatsen, culturele en ontspanningsactiviteiten zijn van grote waarde. Maar het belangrijkste is en blijft de voorlichting en opvoeding in positieve zin, begonnen lang voor het bejaard-zijn. Slechts op deze wijze en door de mentaliteitsverandering van de niet-bejaarden kunnen we de attitude van de bejaarde en zijn „image” in de maatschappij verbeter-

ren. Anders dreigt verlies van zelfrespect en het gevoel van waarde voor anderen, verlies van erkenning door de gemeenschap, hetgeen eenzaamheid in de hand werkt. Een eenzaamheid die dan weer kan leiden tot lichamelijke en geestelijke regressie, met alle nare consequenties van dien.

Wij zullen eraan moeten medewerken, dat meer en meer een positieve ouderdomswaardering tot stand komt, dat een zinvolle levensvoltooiing kan worden benadrukt. Ook deze levensperiode houdt nog een opdracht in, ook aan deze levensfase dient een inhoud te worden gegeven. Allen die met bejaarden in contact komen — en de huisartsen krijgen hier vele kansen — dienen eraan mede te werken het klimaat in gunstige zin te veranderen. Eigenlijk liefst al veel eerder, in een voorbereiding op het ouder worden. Men moet een zo gevarieerd mogelijk relatiepatroon in stand proberen te houden en een compenserende tijdsbesteding zoeken, wil men niet in fysieke en psychische zin gedecompenseerd raken.

Als op deze wijze de bejaarden zich in hun eigen milieu kunnen handhaven, is er enorm veel werk in preventieve zin gedaan.

Periodiek geneeskundig onderzoek of screening.
Aan de vraag of een periodiek geneeskundig onderzoek nuttig of noodzakelijk zou zijn voor bepaalde bevolkingsgroepen en met name voor de bejaarden of voor hen die dit binnenkort worden, zou een afzonderlijke beschouwing te wijden zijn. Mijns inziens zouden wij geleidelijk aan door gezondheidsvoorlichting en -opvoeding dienen te bereiken dat men hier zelf zoveel mogelijk toe overgaat. De huisarts blijft in dezen naar mijn mening ook hier de centrale figuur. De vraag is echter of hij in de huidige situatie voldoende tijd kan vinden deze taak op zich te nemen. Het onderzoek van bejaarden is vaak tijdrovend. Er zou hem hulp kunnen worden geboden in de zin van een gerichte screening van bepaalde leeftijdsgroepen aan de hand van bepaalde gegevens, zoals gewicht, doorlichting, electrocardiogram, bloed- en urineonderzoek. De bevolkingsonderzoeken, zoals ze nu op tuberculose en andere longafwijkingen gebeuren, zou men geleidelijk aan enigszins kunnen uitbreiden, waarbij de verkregen gegevens aan de huisartsen zouden moeten worden doorgegeven ter verdere behandeling. Experimenten in deze zin dienen te worden genomen om de voor- en nadelen ervan tegen elkander te kunnen afwegen. Dat hiervoor geld, goede voorbereiding, scholing, bijscholing en een doeltreffende organisatie nodig zijn terwijl nog vele moeilijkheden uit de weg moeten worden geruimd, mag geen beletsel vormen dit belangrijke terrein nader te verkennen.

De gezonde opvatting dat de bejaarden zo lang mogelijk in hun eigen milieu dienen te verblijven vraagt van ons dit ook mogelijk te maken. Onafhankelijke bejaarden blijken niet zo snel te verouderen in lichamelijk en geestelijk opzicht. Een goede aangepaste huisvesting temidden der andere leeftijdsgroepen, een scala van dienst- en hulpverlenings-

mogelijkheden, zoveel mogelijk gecoördineerd en gecentraliseerd, is hierbij onmisbaar. Goede gezins- en familierelaties, maar ook de goede buur die beter is dan een verre vriend, kunnen samen met de vrijwillige hulpverlening zeer veel goed doen, ook in preventieve zin. Naast deze zorg in de wijk kennen we de institutionele vormen van bejaardenhuisvesting, verzorging, verpleging en behandeling. Een nauw samenspel van beide vormen is onontbeerlijk in preventieve zin en ten behoeve van de nazorg; zo ontstaat een gesloten circuit van dienst- en hulpverlening, waarbinnen de bejaarden zich veilig voelen en waardoor hun angst verdwijnt (*Oostvogel*).

Binnen het kader van dit artikel kan niet nader worden ingegaan op het enorm gevarieerde, ingewikkelde, maar uiterst belangrijke scala van maatschappelijke factoren, die het bejaard-zijn kunnen beïnvloeden, zowel in positieve als in negatieve zin.

* * *

Tenslotte zou ik dan nog willen wijzen op de grote waarde welke een godsdienstige levensovertuiging kan hebben voor een zinvolle levensvoltooiing. Als men, de eindigheid van dit leven ervarende, daarachter nog een oneindigheid erkent, is ook deze levensperiode een voorbereiding op een nieuwe toekomst. In het algemeen kan aanvaarding, overgave en levenswijsheid doen geraken tot een erkennen van diepere levenswaarden, die ook het levenseinde tot een positieve belevenis kunnen maken. Geen enkele levensperiode is zonder zin, zeker de voltooiing niet, mits wij erop zijn voorbereid en tot bewuste aanvaarding komen. Moge de uitspraak van Romano Guardini: „Het behoort tot de meest bedenkelijke verschijnselen van onze tijd dat waardevol leven eenvoudig wordt gelijkgesteld met jong en gezond zijn” ook voor ons een waarschuwing en een vingerwijzing inhouden. Met name de medische wereld kan er zijn onmisbare bijdrage aan leveren, het geschenk der levensverlenging aan zoveel mogelijk medemensen in een zinvolle levensvoltooiing deelachtig te doen worden.

Samenvatting. Veel onderzoek zal er nog nodig zijn om de fysiologie der veroudering te leren kennen en te onderscheiden van pathologische processen. Samen met de verworvenheden van andere wetenschappen zal dit dan ook moeten leiden tot een uitgebreidere kennis omtrent de preventieve gezondheidszorg. Als thans reeds kenbare belangrijke punten, welke de volle aandacht behoeven, gelden de bestrijding van infectieziekten, met name

die der luchtwegen, het bevorderen van een wetenschappelijk verantwoorde voeding (atherosclerose) en het lichamenlijk en geestelijk actief houden van bejaarden.

In gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zal ruim aandacht moeten worden geschonken aan de veroudering der bevolking met al haar consequenties. Wij dienen samen met vele anderen, zoals paramedische hulpkrachten, kruisorganisaties, gemeentelijke diensten, maatschappelijk werk, gezinszorg en vrijwillige hulpverlening, er voor zorg te dragen dat bejaarden, via hulp- en dienstverlening, zo lang mogelijk, eventueel in een ondersteunde zelfstandigheid, in eigen milieu kunnen leven. In de institutionele gezondheidszorg dient ruime plaats en aandacht te worden gegeven aan bejaarden, die een specifieke zorg verdienen, met name in sociaal-geneeskundig en reacterend opzicht. Een goede organisatie van de totaliteit van deze voorzieningen, vooral ook in hun onderlinge samenwerking, is van fundamenteel belang.

Een ouderdomswaardering als zinvolle levensvoltooiing, vooral ook door artsen gepropageerd, moet kunnen bijdragen tot het scheppen van een gunstig levensmilieu voor de bejaarden.

Summary. *Some facets of health care for senescent man.* A considerable body of investigations must still be carried out before the physiology of senescence can be understood and differentiated from pathological processes. Jointly with the achievements of other sciences, such investigations will lead to a more exhaustive knowledge of preventive health care. Salient points now recognizable and requiring full attention include the control of infectious diseases, particularly those of the respiratory tract, the promotion of nutrition based on sound scientific principles (atherosclerosis), and attempts to keep the aged physically and mentally active.

In health education and information, the increasing average age of the population with all its consequences will have to be taken into account. In a joint effort with many others, such as paramedical auxiliary agencies, „Cross” organizations, municipal services, social work, family care and voluntary welfare work, our profession will have to ensure that the aged can continue to live in their own familiar environment as long as possible, in a state of independence which, if necessary, must be supported by various facilities and services.

In institutional health care, ample space and attention must be given to aged persons who require specific care in terms of social medicine and reactivation. A good organization governing the totality of these provisions and ensuring adequate cooperation between the various disciplines concerned, is of paramount importance.

An evaluation of old age as a meaningful completion of life-propagated especially by the medical profession — must enable us to contribute to the creation of an environment of life which is favourable for the aged.

Boucher, C. A. (1959) *Geriatrics* 14, 293.

Brugman, J., G. D. Oldenbrandinge en J. Th. R. Schreuder (1963) *Voeding* 24, 43.

Bull, J. P. en J. R. Squire (1949) *Ann. Surg.* 130, 160.

Groen, J. (1959) *Voeding* 20, 163.

Kraan, J. K. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 1341.

Melnotte (1961) *Geront. clin. (Basel)* 3, 1.

Oostvogel, F. J. G. (1965) *Bejaardenwerk* 11, 11.

Rümke H. C. (1963) „Op Leeftijd”, uitgave Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg, bladzijde 8.