

# Enige aspecten betreffende de zorg voor de bejaarde randstadbewoner in de toekomst

DOOR A. N. J. REINDERS FOLMER, ARTS\*

Het is niet onmogelijk dat in het jaar 2000 Nederland ongeveer twintig miljoen inwoners zal hebben. Van deze twintig miljoen Nederlanders zal tegen die tijd wel 15 procent ouder zijn dan 65 jaar; dat zijn dan ongeveer drie miljoen zogenaamde bejaarden. Men mag aannemen, dat een derde van deze drie miljoen bejaarden in de westelijke randstad zal wonen. Het is dus heel wel mogelijk dat wij in de Randstad Holland in het jaar 2000 te maken krijgen met een miljoen bejaarden. Ongeveer een derde van deze bejaarden zal ouder zijn dan 75 jaar en uit deze groep zal het leeuwedeel van de chronische verpleeg- en verzorgingspatiënten voortkomen. Deze relatief en absoluut toenemende vergrijzing van de bevolking heeft tot nu toe niet de neiging vertoond tot stilstand te komen.

Wat voor maatschappij is zich nu bezig te ontwikkelen om onder meer al die bejaarden op te vangen? Het is nu toch wel gebleken dat, hoe dichter men op elkaar zit, hoe minder men van elkaar kan verdragen. In een overbevolkte samenleving gaan speciaal de bejaarden hoe langer hoe meer „in de weg lopen”. In de stormachtige sociaal-economische ontwikkeling van de westelijke randstad is een aantal factoren aan te wijzen, die een directe invloed hebben op de integratie van de bejaarden. Helaas ben ik nog niet in staat geweest enige invloed ten goede te ontdekken.

Het aantal verpleging- en verzorgingsbehoevende bejaarden neemt toe. Het is moeilijk om precies uit te maken in hoeverre deze toeneming schijn is, omdat er steeds meer een beroep op de maatschappij wordt gedaan. Ontegenzeggelijk heeft de verhoging van de gemiddelde leeftijd ten gevolge, dat vele bejaarden nu als het ware de tijd krijgen degeneratieve ziekten te ontwikkelen in zulk een mate, dat verzorging respectievelijk verpleging noodzakelijk wordt. De toepassing van de antibiotica, de moderne narcosetechniek, enzovoort, hebben invloed op deze toeneming, omdat een groep bejaarden, die enige tientallen jaren geleden reeds zou zijn overleden, nu rustig voortleeft. Met opzet noem ik hier geen cijfers, omdat speciaal bij de oudere bevolking het afgrenzen van groepen een hachelijke onderneming is.

Wel zijn er invloeden aan te wijzen, die, volgens mij, een nadelige invloed hebben op de verzorging

en verpleging van de bejaarden in de westelijke randstad. Deze opsomming is verre van volledig. Direct of indirect zijn deze invloeden een gevolg van de overbevolking.

1 *Mentaliteit.* Het egoïsme van de grote stadsbevolking; de onverschilligheid ten opzichte van de naaste omgeving; het verlies aan respect voor de oudere mens; het gebrek aan consideratie voor de gevoelens van anderen (kranten, radio, televisie, enzovoort); de neiging verantwoordelijkheid af te schuiven en nog vele andere van dergelijke veranderingen in de mentaliteit hebben een samenleving ten gevolge, die voor de bejaarde hoe langer hoe harder wordt.

2 *De behuizing.* Het onpersoonlijke van de nieuwe wijken zonder gemakkelijke herkenningpunten maken het voor de bejaarden vaak moeilijk de weg te vinden. De burenhulp, die in de oude woonwijken al sterk terugloopt, ontstaat in een nieuwe woonsituatie in de nieuwe wijken niet of ternauwernood. De zogenaamde wijkgedachte is (nog?) niet tot ontwikkeling gekomen. De beschikbare ruimte is, noodgedwongen, zo precies uitgemeten, dat een vergeetachtige of hulpbehoevende bejaarde niet alleen als een last wordt gevoeld maar het vaak ook is. Gezinnen met opgroeiende kinderen kunnen speciaal hieronder lijden. Doordat men de inwonende moeder of vader nauwelijks kan ontlopen, wordt het op zichzelf zijn moeilijk, zo niet onmogelijk.

3 *Het verkeer.* De bejaarde wordt hoe langer hoe meer een storende factor in het moderne verkeer. Daarbij maken de huidige mentaliteit en de verkeersmanieren de zaak niet beter. Het gebrek aan ruimte komt ook hier weer sterk naar voren.

4 *De werkende vrouw.* De toezicht behoevende inwonende bejaarde belemmert de vrouw in haar activiteiten buitenshuis (helaas zijn deze activiteiten meestal niet in de verzorgende sfeer gelegen). In hoofdzaak buitenshuis kan de werkende vrouw geld verdienen. Verder is een sociale devaluatie van de status van de huisvrouw niet te ontkennen. Het gebrek aan huishoudelijke hulp maakt de zaak nog erger.

5 *Emigratie en migratie.* De moderne mens is minder hokvast. Het woningtekort heeft vaak herhaaldelijk verhuizen ten gevolge. Hierbij is de in-

\* Uit de afdeling geriatrie van de G.G. en G.D. van Amsterdam.

wonende bejaarde veelal een blok aan het been of blijft ergens alleen achter.

6 *Gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel.* Men is veel meer geneigd met zijn problemen naar de overheid of andere instanties te lopen. Vooral als het bejaarden betreft, bestaat er al gauw de neiging het geval af te schuiven. „Ze” moeten er maar voor zorgen.

7 *De kleinere gezinnen.* Doordat wij nu te maken krijgen met een generatie van bejaarden, die reeds in hun tijd kleinere gezinnen heeft gevormd, is de „keus” voor de verzorging van de bejaarden binnen de eigen familie veel beperkter geworden.

8 *Vergrijzing.* De ouders blijven veel langer ten laste van de kinderen komen, zodat de verzorgende kinderen ook reeds „bejaarden” zijn geworden. Deze bejaarde kinderen kunnen de zorg van de hoogbejaarde ouder op de duur vaak niet meer aan.

Deze voorbeelden, waarmee ik verre van volledig ben geweest, laten mijns inziens maar één conclusie toe: de zich ontwikkelende westelijke randstad kan in de toekomst zijn bejaarden niet meer assimileren. Wij glijden af naar de creatie van 15 procent tweede rangsburgers. Men kan mij verwijten dat ik het allemaal te somber zie. Ik zal een van de eersten zijn, die zich zal verheugen als het blijkt dat het zo'n vaart niet loopt. Maar ik vrees het ergste.

Op het ogenblik stelt men vaak dat men de bejaarde zo lang mogelijk moet handhaven in zijn eigen omgeving. Zo lang er een acceptabele „eigen omgeving” is en de bejaarde in staat is deze eigen omgeving te waarden, is dit volkomen terecht. Dit handhaven dient dan te geschieden door handreikingen en additionele hulp. Alleen zou ik wel willen weten waar wij, speciaal in de toekomst, die handreikingen en additionele hulp vandaan moeten halen. Een groot deel van de bejaarden zou geholpen zijn met goedkope, betrouwbare huishoudelijke hulp en zondig, eenvoudige verpleging thuis. Maar zo langzamerhand wordt dit soort hulp zo schaars en zo duur, dat men hoe langer hoe sneller het punt bereikt, waar het voordeliger blijkt te zijn de bejaarde op te nemen in een tehuis. Door de bejaarden te concentreren kan men daarbij dan die weinige hulp, welke men beschikbaar heeft, zo efficiënt mogelijk inzetten. Ik zie dit niet als de ideale oplossing. Maar ik zie het wel als de enige uitvoerbare mogelijkheid in de toekomst. Ik vrees, dat in de toekomst iemand, die langer ziek is dan bijvoorbeeld zes weken, thuis niet langer zal kunnen worden verpleegd; speciaal als het een bejaarde is. Ik betreur

deze ontwikkeling, maar het is naar mijn mening nu eenmaal niet anders en dus dienen wij er rekening mee te houden.

Dit nu is een belangrijk punt voor de huisarts. De huisarts is de centrale figuur in onze volksgezondheid. Hij behandelt de patiënt thuis. De chronisch zieken zijn bij uitstek patiënten, die onder de zorgen van de huisarts dienen te vallen. In de toekomst zal de chronisch zieke hoe langer hoe meer van zijn „huis” naar een „tehuis” migreren, omdat thuis niet meer de voor een optimale verzorging nodige verpleging kan worden georganiseerd. Zo vrees ik dat het „tehuis” het „normale eigen milieu” van de chronisch zieke van de toekomst zal worden. Deze ontwikkeling valt, meen ik, niet te stuiten. Men moet zich dus gaan afvragen of de huisarts in de toekomst niet in toenemende mate ook een „tehuisarts” zal moeten worden. Met andere woorden dat de huisarts zijn chronische patiënten ruimtelijk volgt.

Daar de verpleging en verzorging van chronisch zieke en geestelijk gestoorde bejaarden tot nu toe in eerste instantie een probleem van de grote stad is, slaat dit voornamelijk op de huisarts in de grote stad. In toenemende mate zullen zij hun chronisch zieke patiënten moeten volgen in die omgeving, waar een goede verpleging respectievelijk verzorging realiseerbaar is. Een aantal huisartsen zal dus zichzelf gedeeltelijk moeten institutionaliseren.

Ik wil hier niet verder ingaan op deze ontwikkeling, die reeds aan de gang is. Mogelijk zie ik deze ontwikkeling te eenzijdig. Ik vrees van niet. Met opzet zeg ik: „ik vrees”. Want de beste plaats voor de chronisch zieke is nog steeds zijn eigen huiseijke omgeving. Maar de toekomstige maatschappij zal hoe langer hoe minder de chronisch zieke deze mogelijkheid kunnen bieden. Het lijkt mij onverstandig dit niet te willen inzien. De toestanden, die er bijvoorbeeld te Amsterdam heersen betreffende de verpleging van chronisch zieke en geestelijk gestoorde bejaarden, dwingen ons in de richting van een oplossing, welke wij misschien in ons hart niet de beste vinden.

*Samenvatting:* Door onder meer de toenemende overbevolking wordt de verpleging van chronisch zieken thuis steeds bezwaarlijker. Speciaal de bejaarden zijn hiervan het slachtoffer. In de toekomst zal men steeds meer er toe over moeten gaan de chronisch zieken op te nemen. De huisarts zal zich aan deze ontwikkeling moeten aanpassen.

*Summary.* Some aspects of the future care of the aged in urban areas. The care of the chronic patient at home has become more and more problematic, owing to such factors as the increasing over-population. The aged in particular are victims of this trend. Hospitalization of chronic patients will have to be expanded in future, and the general practitioner will have to adjust himself to this development.