

werkers, kleuterleidsters). Incidenteel hebben de deelnemers aan ons project wel contact gehad met dit bureau.

– Consultatiebureau voor alcoholisme. Hoewel sommige personen uit de huisartspraktijken wel naar dit bureau (een dependance van het bureau te Rotterdam) zijn verwezen, kan men niet spreken van een intensieve samenwerking.

– Sociaal pedagogisch centrum. Een aantal gezinnen uit de praktijken heeft contacten met dit centrum. Een intensieve samenwerking is er niet.

– Vereniging „Pro Juventute”. Als bij Sociaal pedagogisch centrum.

– Medisch Opvoedkundig Bureau te Gouda. Naar dit bureau vinden verwijzingen plaats, inzonderheid wanneer de schoolproblemen op de voorgrond staan. Ook moeten worden genoemd de gezinstherapie en de kinderen met enuresis problemen: aan het MOB is een gedragspsycholoog verbonden met speciale belangstelling voor deze problemen. Hierdoor zijn nogal wat kinderen met enuresis primair naar het MOB verwezen.

– Bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Incidenteel werd naar deze bureaus verwezen.

Stichting Geestelijke Volksgezondheid Zuid-Holland. Regionaal bureau Gouda en omstreken. Contact vindt incidenteel plaats met de districtsverpleegkundige betreffende plaatsing van iemand in een psychiatrisch ziekenhuis, gezinsvervangend tehuis, tehuis voor geestelijk gestoorde bejaarden en dergelijke, of over aspecten, die met de nazorg te maken hebben.

Psychiatrische ziekenhuizen. Ten aanzien van de aldaar opgenomen patiënten onderhouden wij geen ander contact dan gewoonlijk bij verwijzingen en opnamen gebeurt. De opnamen kwamen of in direct contact met het ziekenhuis tot stand of via de in Gouda gevestigde psychiaters.

Psychiatrische Poliklinieken Academische Ziekenhuizen. Slechts incidenteel is naar deze poliklinieken verwezen.

Sedert het begin van het samenwerkingsproject zijn in het totale verwijspatroon verschuivingen opgetreden. Enerzijds wordt nu vaak terstond naar onze psychologe verwezen, anderzijds verwijst zij wel eens cliënten voor gezinstherapie naar het MOB.

Summary. Interim report on a cooperation experiment between a psychologist and general practitioners. This interim report discusses an experiment in cooperation between six general practitioners and an independent clinical psychologist (trained in relation and behaviour therapy). The psychologist is close to but not in the first echelon. The general practitioners refer patients to her. One of the items discussed concerns the categories of patients so far considered suitable for treatment, and the procedure of referral. The possibility of consultation in the context of this project and the relations with psychiatrists and institutionalized aid are discussed. A unique feature is the financing of the project by the General Sick Fund „Gouda en Omstreken”, which made available Fl. 95,000 from the supplementary fund. This amount was considered sufficient to finance psychological aid for one-hundred panel patients (at the normal current fees) and to cover the expenses involved in this project.

De indeling van bejaarden in categorieën

DOOR S. BRAADBAART, ARTS VOOR OUDERDOMSZIEKTEN

Een indeling van mensen in groepen is altijd een hachelijke zaak. Immers, uit de scala van vaak in elkaar overvloeiende kenmerken wordt het individu op grond van speciale kenmerken in een bepaalde groep ingedeeld, terwijl andere eigenschappen hem het recht zouden verlenen in een andere groep te worden geplaatst. In grensgevallen is het vaak moeilijk een bepaalde categorie aan te wijzen.

Toch zal hier worden getracht een differentiatie te maken in de - al wat willekeurig genomen - groep der bejaarden. De reden dat getracht wordt in deze groep een differentiatie te maken is, dat de huisarts vaak wordt geconfronteerd met ouderen, wier lichamelijke toestand niet meer toelaat dat zij zelfstandig kunnen blijven wonen. Aan de huisarts wordt dan advies gevraagd door deze

bejaarden of hun familieleden en deze moet dan een keus maken uit de verschillende mogelijkheden die de laatste jaren zijn ontstaan. Ook zal de arts als behandelend en/of keurend arts in een bejaardenhuis vaak keuringen moeten verrichten en bepalen of bejaarden wel of niet in het bejaardenhuis kunnen worden toegeplaatst.

Om deze redenen zal het voor de huisarts prettig zijn zich geruggesteund te weten door een schema van de voorhanden mogelijkheden. Het is uit de aard der zaak slechts een schema; hij kan naar eigen goeddunken hiervan afwijken, rekening houdend met de individuele behoeften van een bejaarde.

Als definitie voor bejaard wordt aangenomen dat men 65 jaar is geworden, de leeftijd waarop de sociale ouderdomsgrens is bereikt. Biologisch is dit voor

Samenvatting. Een overzicht wordt gegeven van een indeling in categorieën bejaarden, waardoor het voor de huisarts gemakkelijker is advies te geven hoe de bejaarde het beste kan wonen, of worden verzorgd c.q. verpleegd. Deze indeling is reeds jaren in gebruik bij de gemeentelijke verpleeginrichtingen te Rotterdam en voldoet uitstekend om in het gesprek met de verschillende paramedische disciplines de mogelijkheden voor bejaarden duidelijk te maken.

sommigen nog niet het geval, terwijl anderen de biologische ouderdom al eerder hebben bereikt.

*Schreuder** verdeelt de bejaarden naar

* Schreuder, J. Th. R. Hulpbehoefte en reactivering. In: R. J. van Zonneveld. Medische gerontologie. Van Gorcum en Comp., Assen, 1970.

de graad van hulpbehoefendheid in twee categorieën:

onvermogen het eigen lichaam te verzorgen;

onvermogen het huishouden te doen.

Wij zouden de bejaarden willen indelen in vijf categorieën en wel naarmate hun afhankelijkheid van de omgeving groter is. Ook deze indeling is dus weer een sociale indeling, doch enige relatie met de biologische toestand van de bejaarde is er echter wel. Dat wij deze indeling willen maken, niettegenstaande een zekere onrechtvaardigheid ten opzichte van grensgevallen en het feit dat met biologische eenheden een zekere willekeur niet is te vermijden, ligt in het feit, dat, om over het bejaardenprobleem te kunnen spreken, enige vaste uitgangspunten noodzakelijk zijn. Wij kunnen elkaar dan beter begrijpen indien wij maatregelen willen nemen voor bepaalde individuen, die wij op deze wijze in een vaststaande categorie hebben kunnen indelen.

Bij de gemeentelijke verpleeginrichtingen worden wekelijks patiëntenbesprekingen gehouden, waaraan deelnemen: fysiotherapeuten, bezigheidstherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werksters, verpleegkundigen en artsen. Al deze disciplines begrijpen wat het betekent als een patiënt wordt besproken, behorende tot een bepaalde categorie; zij zien het nut ervan in een patiënt aan alle kanten nog verder te brengen, zodat zijn sociale omstandigheden kunnen worden verbeterd.

Als eerste categorie bejaarden kunnen wij onderscheiden die bejaarden, die nog volledig zelfstandig zijn. Zij zijn in staat zonder hulp hun huishouding te doen en hun persoonlijke verzorging te verrichten. Deze bejaarden hebben geen daadwerkelijke hulp nodig. Zij hebben het Algemeen Ouderdomspensioen (A.O.W.), zo nodig aangevuld door gelden, verkregen op grond van de Algemene Bijstandswet. Het voornaamste probleem bij deze bejaarden is of kan worden een langzame vereenzaming, overgaande in een isolement. Door overlijden van huwelijkspartner, familieleden en vrienden worden zij steeds eenzamer, te meer omdat oude mensen zo moeilijk nieuwe banden aanknopen. Dit zijn de

mensen die voor een deel worden geholpen door een regelmatig bezoek aan een bejaardensociëteit. Bij sterke vereenzaming is opnemings in een verzorgingsstehuis aan te bevelen.

De tweede categorie bejaarden vormen degenen, die zelf wel in staat zijn tot hun lichamelijke verzorging, maar die enige hulp nodig hebben om hun huishouden behoorlijk te doen functioneren. Bij deze bejaarden is sprake van een zekere invaliditeit, hetzij lichamenlijk, hetzij geestelijk, waardoor afhankelijkheid van hun omgeving ontstaat. Vaak wordt in deze afhankelijkheid voorzien door hulp van burens of kinderen. Soms is een verhuizing van een groot huis naar een kleinere flat voldoende. In andere gevallen kan via een gemeentelijke of kerkelijke organisatie worden gezorgd voor hulp in de huishouding gedurende enkele uren per week. In de laatste jaren worden voor deze categorie bejaarden speciale woningen gebouwd die zo gerieflijk en zo gemakkelijk te onderhouden zijn, dat met een minimum aan hulp het huishouden kan worden gedaan. Deze aangepaste bejaardenwoningen zijn vaak gesitueerd op de hogere woonlagen van verzorgings- of bejaardentehuizen.

Ook gaat men er in de laatste jaren toe over bejaardenwoningen te bouwen buiten bejaardentehuizen, met een dienstverleningscentrum van waaruit het mogelijk is hulp aan de bejaarden in de omringende bejaardenwoningen te verschaffen. Zo'n dienstverleningscentrum zal onder leiding moeten staan van een maatschappelijk werkster die de bejaarden in hun woningen bezoekt en daarna maatregelen kan treffen om de voor deze mensen noodzakelijke hulp te regelen.

Deze hulp kan bestaan uit: ten eerste warme maaltijden en ten tweede huishoudelijke hulp, terwijl in het dienstverleningscentrum een mogelijkheid moet zijn voor voetkundige hulp. Het zou nuttig zijn in zo'n dienstverleningscentrum een hulppost van een bibliotheek in te richten en een centrale boodschappen dienst voor de bejaarden te organiseren. Ook zou er een centrale technische dienst van de woningbouwcorporatie, die deze huizen heeft gebouwd, kunnen worden gevestigd. Een bejaardensociëteit en enkele ziekenkamers voor kortdu-

rende ziekten van de alleenwonenden kunnen mede in zo'n centrum worden gesitueerd. Tevens moet er een centraal waarschuwingssysteem zijn vanuit de bejaardenflats naar het dienstverleningscentrum.

De derde categorie bejaarden bestaat uit degenen, die wel in staat zijn tot zelfstandige lichaamsverzorging, maar zoveel hulp nodig hebben voor hun huishouden, dat die hulp, in het algemeen gesproken, niet zou kunnen worden gegeven. Alleen die bejaarden die toevalligerwijze in zeer goede financiële omstandigheden verkeren en voldoende huishoudelijk personeel kunnen krijgen, of die bejaarden die samenwonen met kinderen, kunnen op deze wijze nog in hun huis blijven. Anders is plaatsing in een verzorgingshuis voor deze bejaarden noodzakelijk. Bejaarden, die een sterke neiging hebben tot vereenzaming en in een isolement dreigen te geraken, kunnen ook het best naar een verzorgingshuis gaan.

Bejaarden uit deze derde categorie zijn weer meer afhankelijk van de maatschappij dan die uit de voorgaande. Zij geven bij hun intrede in een verzorgingsstehuis een deel van hun zelfstandigheid prijs; een deel van hun „zelfstandigheid”, niet van hun „privacy”.

Het moderne verzorgingshuis heeft een geheel ander karakter dan de bejaardentehuizen van vóór 1940. Iedere bejaarde heeft een eigen kamer met w.c., wastafel-aanrecht en soms een douche, terwijl ieder bejaard echtpaar ditzelfde heeft in een zit- en slaapkamer. Hoewel de zelfstandigheid van deze bejaarden zoveel mogelijk wordt gehandhaafd (tot een eigen bel en brievenbus aan zijn voordeur toe) speelt toch niettemin een groot deel van hun leven zich af in het verzorgingshuis; een eigen maatschappij (een bejaardengemeenschap) ontwikkelt zich in het huis. In de oudere tehuizen waren veelal gemeenschappelijke slaapzalen en gemeenschappelijke zitzalen, waardoor de privacy van de bejaarden veel geringer was. Het was meer groepsverzorging met alle nadelen van dien maar ook met voordelen. Bejaarden, die op een eigen kamer in isolement zouden geraken, werden hier in een groep verzorgd waardoor de vereenzaming werd

tegengegaan; niet al te zwaar invalide bejaarden konden worden meeverzorgd in zo'n groep, omdat op zo'n zaal altijd wel verzorgsters aanwezig waren.

Uit het voorgaande volgt dat bejaarden, die een eigen kamer in een verzorgingshuis krijgen, tot de derde categorie moeten behoren. Bejaarden uit de eerste of tweede categorie voelen zich in een verzorgingshuis al gauw ongelukkig. Duidelijk zal zijn dat een medische keuring, waarbij wordt gelet op de algemene lichamelijke toestand, de geestelijke toestand en de mobiliteit, behoort vooraf te gaan aan plaatsing in een verzorgingshuis.

De vierde categorie bejaarden, in omvang toegenomen, bestaat uit degenen, die niet meer in staat zijn hun huishouden te doen, en bovendien nog enige hulp nodig hebben bij lichaamsverzorging. Om het eigen lichaam te kunnen verzorgen, moeten de volgende handelingen kunnen worden verricht: zelf eten, wassen, aan- en uitkleden, lopen zonder menselijke hulp, zelf uit en naar bed gaan, opstaan en gaan zitten in een stoel en naar de w.c. gaan.

Bij de vierde categorie bejaarden wordt niet alleen verzorging maar ook enige verpleging gegeven. Indien een bejaarde drie van genoemde functies niet zelf kan verrichten, is hij weliswaar geen volledige verpleegpatiënt, maar moeilijk te verzorgen op een eigen kamer. Het is deze categorie bejaarden die, te goed voor een verpleeginrichting, toch te veel verzorging vereist voor een gewoon verzorgingshuis. Voor deze bejaarden zouden aangepaste vleugels in een verzorgingshuis moeten worden gebouwd.

De indeling zowel als personeelsbezetting van zo'n vleugel behoort anders te zijn dan van een normaal modern verzorgingshuis want de bejaarden, die in zo'n vleugel verblijven, moeten zoveel mogelijk kunnen deelnemen aan de bejaardengemeenschap zoals die zich in het overige deel van het verzorgingshuis heeft ontwikkeld. Zij moeten dus kunnen meedoen aan het onderlinge clubleven (zang- en gymnastiekclub) en de gelegenheid hebben bijzondere avonden in het verzorgingshuis bij te wonen.

Wat betreft de indeling kan het volgende worden gezegd: in plaats van het principe „iedere bejaarde een eigen ka-

Schema. Indeling van bejaarden naar toenemende mate van afhankelijkheid van de omgeving (HH = huishouden kunnen verzorgen; EL = eigen lichaam kunnen verzorgen).

Categorie	Validiteit	Woonvorm	Percentage bij benadering	Bruto kosten per maand in guldens bij benadering
1	HH + EL +	Thuis	71	741,50
2	HH ± EL +	Aangepaste bejaardenflat of thuis met hulp	17	991,50
3	HH – EL +	Verzorgingshuis	7	1.800
4	HH – EL ±	Vleugel extra-verzorging in een verzorgingshuis	2	2.500
5	HH – EL –	Verpleeghuis	3	3.500

mer met privacy” moet in dit geval van de nood een deugd worden gemaakt. Er moet worden gestreefd naar het vormen van een gemeenschap van vier tot zes bejaarden die als groep een eigen slaapkamer en eigen zitkamer hebben. Op deze wijze kunnen bejaarden bij hun verichtingen aan eigen lichaam het gemakkelijkst worden geholpen en kan soms ook nog de een de ander helpen. Ook zijn deze wooneenheden voor vier tot zes personen zeer geschikt voor bejaarden die, hoewel lichamelijk valide, in een isolement dreigen te geraken wanneer zij door hun geestelijke geaardheid niet in staat zijn zich bij andere bewoners van het verzorgingshuis aan te sluiten. Soms kan bij deze bejaarden dreigende dementering worden voorkomen door hun groepsverzorging te geven. De resultaten, met deze verzorging behaald, zijn zeer veelbelovend en naar onze mening is een dergelijke vleugel aan een verzorgingshuis zeer noodzakelijk. Daarbij moet er wel op worden toegezien dat het aantal extra-verzorging behoevende bejaarden ten opzichte van het aantal normale bewoners niet te groot is, opdat niet het karakter van het verzorgingshuis te veel overhelt naar dat van bejaarden die extra verzorging behoeven.

Dat deze categorie groter wordt komt omdat invalide bejaarden eerder en meer worden gereactiveerd, zodat patiënten, die vroeger verpleeghuis-patiënt bleven, nu minder invalide worden. Als richtgetal zouden wij willen zeggen dat niet meer dan een-zesde van de bevolking van een verzorgingshuis uit extra-verzorgingsbehoevenden zou moeten bestaan.

De vijfde categorie bejaarden bestaat

uit bejaarden, die zowel voor hun huishoudelijke als voor hun lichamelijke verzorging zeer veel hulp nodig hebben. Deze mensen behoren te worden opgenomen in een verpleeghuis. Ook bejaarden met een acute of chronische ziekte, waarvoor geen specialistische ziekenhuisverpleging nodig is, moeten in een verpleeginrichting kunnen worden opgenomen. Daarnaast dienen dan nog patiënten te worden opgenomen, wier invaliditeit kan worden verminderd of opgeheven door oefentherapie (reactivering).

Reactivering is het brengen van een patiënt uit een „slechtere” categorie in een „zo goed mogelijke” categorie, ergo hem/haar lichamelijke en geestelijke toestand optimaal te doen zijn, de mobiliteit zo hoog mogelijk op te voeren en daarna voor deze bejaarde een zo geschikt mogelijke omgeving te zoeken. Maar reactivering kan ook beogen te voorkomen dat een patiënt niet in een mindere categorie terecht komt; dat is dus onderhoudsreactivering, waartoe in vele verzorgingshuizen ruimten zijn ingericht.

Dat het brengen van bejaarden in een „betere” categorie voor de maatschappij economische voordelen biedt, moge ten besluite blijken uit het hierbij afgedrukte schema.

Summary. Categorization of the aged. A survey is presented of a categorization of the aged, which facilitates advice by the general practitioner about living accommodations, care and management of the aged. This classification has for years been in use in municipal nursing institutions in Rotterdam, and has proved to be quite satisfactory as a means to elucidate various possibilities for the aged in communications with the various paramedical disciplines.

Bij het artikel Begrip en realiteit

Onderstaand artikel bevat de tekst van een door H. P. Gallacher gehouden lezing bij de aanvang van de cursus „Methodologie van sociaal-wetenschappelijk onderzoek”, welke in circa dertig bijeenkomsten wordt gegeven door het Nederlands Huisartsen Instituut. De veertien deelnemers zijn allen praktizerend huisarts.

In de tekst wordt een problematiek behandeld die de meeste huisartsen onbekend is en die bij een aantal hunner wellicht enige wrevel doet ontstaan. Gallacher ontvouwt de gedachte dat de realiteit slechts kenbaar is door een actief proces van structureren door de mens (c.q. de onderzoeker) en dat de beslissing over wat reëel is geenszins vanuit de realiteit wordt opgedrongen, maar moet worden gezien in de context van een sociaal gebeuren: men leert normen hanteren aangaande het hanteren van begrippen en brengt als zodanig structuur aan in de werkelijkheid; een bezigheid waarbij men, met name in de wetenschap, dan nog een vrijwel onbepaalde vrijheid heeft om de realiteit te structureren zoals men wenst.

Voor de praktizerende medicus zal het licht lijken alsof een dergelijke benadering de zaken op hun kop zet: in zijn dagelijks werk dringt de realiteit zich immers wel degelijk op in de vorm van zieke en klagende mensen aan wier toestand iets moet worden gedaan en bij wie, op basis van de „feiten”, een diagnose moet worden gesteld. Wij kunnen

ons voorstellen dat een (huis)arts de vraag naar de realiteitswaarde van een begrip beantwoordt door de vraagsteller te confronteren met het feit dat één van zijn patiënten lijdt aan een inoperabel longcarcinoom, en hem wat knorrig mede te delen dat het begrip „carcinoom” angstwekkend reëel is. Een vanuit de werkomstandigheden van de medicus-practicus begrijpelijke en, gezien de „frontsituatie” (*Philipsen*) waarin hij werkt, min of meer noodzakelijke reactie.

Toch is de vraag naar de relatie tussen begrip en realiteit fundamenteel voor elke empirische wetenschap, om het even of het nu gaat om de sociale of om de natuurwetenschappen. Dat de medicus (meestal) straffeloos aan deze vraag voorbij kan gaan is slechts mogelijk doordat en zolang als de door hem gehanteerde begrippen hun nut ruimschoots hebben bewezen, respectievelijk bewijzen. Is het daarentegen met de vooruitgang van de wetenschap droevig gesteld, of begeeft men zich bij het verrichten van onderzoek buiten het „eigen” terrein, (wat in de huisartsgeneeskunde vaak het geval is), dan is de vraag naar de realiteitswaarde van begrippen weer zeer actueel.

J. P. Dopheide

Philipsen, H. In: Huisarts en Sociaal wetenschappelijk onderzoek. N.H.I., Utrecht, 1973.

Begrip en realiteit

DOOR HUGH P. GALLACHER*

HOE REËEL IS EEN BEGRIP

Van een patiënt die zijn arts bezoekt, kan men zeggen dat hij „iets” heeft: een of andere ziekte of een verwonding, waarvan hij wenst te genezen. Ook al kent de patiënt het karakter van de ziekte of de plaats en aard van de verwonding niet en weet hij dus niet wát hij heeft, als geen ander is hij er zeker van dat hij iets heeft.

De relatief spaarzame gevallen waarin sprake is van inbeelding of simulatie daargelaten, zijn ziekte en kwetsuur uiterst reële zaken: het zijn vormen van ongesteldheid, respectievelijk beschadigingen in het lichaam en vroeg of laat zullen

* Sedert 1971 als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Leiden; houdt zich bezig met logica en methodologie.

zij de patiënt op een gevoelige wijze van hun aanwezigheid doen blijken. Van de arts wordt verwacht dat hij hetgeen er weliswaar onmiskenbaar is doch doorgaans enigszins onbekend blijft, aan het daglicht brengt. Is de oorzaak van de klachten eenmaal aangewezen, dan wordt met een adequate therapie de weg naar de genezing ingeslagen. De diagnose-stellende arts is dus iemand die bij een patiënt, die iets onder de leden heeft, dit „iets” opspoor en benoemt.

De arts die zijn onderzoeksobject verschuift van het zieke/gewonde lichaam naar het veld, dat het beste kan worden aangeduid met de begrippen sociologie, sociale psychologie, huisartsgeneeskunde en preventieve geneeskunde, is vermoedelijk geneigd ook op dit terrein volgens dezelfde beproefde methode te

Samenvatting. De vraag of begrippen een bestaan hebben in de realiteit los van de onderzoeker of dat zij er door de onderzoeker zelf worden ingelegd, is de vraag naar de realiteitswaarde van begrippen. De wijze waarop begrippen met de realiteit in verband worden gebracht, wordt bij drie typen begrippen onderzocht: observatiebegrippen, illata en theoretische begrippen. Het blijkt dat begrippen ertoe dienen de stroom ervaringen benoembaar en inzichtelijk te maken. Begrippen zelf behoren niet tot de realiteit, maar zijn middelen om de realiteit op een adequate wijze in beeld te brengen. De realiteitswaarde is dan ook niet afhankelijk van een bestaan van begrippen al dan niet los van de onderzoeker, doch eerder van hun doeltreffendheid bij het verkrijgen van een adequaat beeld.

werk te gaan. De vraagstelling mag dan veranderd zijn van: „waarom vertoont persoon P symptoom S” in: „waarom