

Behandeling van hypertensie bij de oudste ouderen

Samenvatting

Poortvliet RKE, De Ruijter W, Gussekloo J. Behandeling van hypertensie bij de oudste ouderen. *Huisarts Wet* 2016;59(10):443-6.

De prevalentie van hypertensie is het hoogst in de oudere populatie, maar juist bij die oudere patiënten zijn nut en noodzaak van het monitoren van de bloeddruk en de behandeling van hoge bloeddruk onduidelijk. In deze beschouwing bespreken we bloeddruk als risicofactor en gaan we in op de effectiviteit van preventieve behandeling van hoge bloeddruk bij de oudste ouderen. Het adagium 'hoe lager, hoe beter' gaat bij oudste ouderen zeker niet altijd op. Uit observationele onderzoeken blijkt een lage en dalende bloeddruk samen te hangen met een hogere sterfte, ook als er geen sprake is van manifest hartfalen. Kwetsbaarheid of biologische leeftijd speelt mogelijk een rol in deze 'omkering van de risicovoorspelling'. Het wetenschappelijk bewijs voor een gunstig effect van behandeling van hoge bloeddruk bij ouderen is niet eenduidig. Bij gezonde ouderen lijkt een bloeddrukverlagende behandeling effectief; echter: hoe kwetsbaarder, hoe minder effectief. Er past hier dus geen 'one-size-fits-all'-beleid. Een streefwaarde van 150/80 mmHg, of mogelijk nog lager, lijkt aan te raden voor de 'gezonde' oudere patiënt, zoals de deelnemers uit de gerandomiseerde onderzoeken. Naarmate een patiënt kwetsbaarder is, meer fysieke beperkingen heeft en biologisch ouder wordt ingeschat, zouden wij juist terughoudender moeten zijn met de indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling, en is bij behandeling de streefwaarde van de bloeddruk hoger.

INLEIDING

Huisartsen en praktijkondersteuners monitoren steeds vaker het cardiovasculaire risicoprofiel van hun patiënten. Vaak geldt voor cardiovasculaire preventieve behandeling 'eenmaal begonnen, nooit meer gestopt'. De prevalentie van hypertensie is het hoogst in de oudere populatie, maar juist bij die ou-

De kern

- In de oudere populatie gaat het adagium 'hoe lager de bloeddruk, hoe beter' zeker niet altijd op.
- Er is geen 'one-size-fits-all'-beleid voor bloeddrukverlagende behandeling.
- Een streefwaarde van 150/80 mmHg lijkt aan te raden voor de 'gezonde' oudere patiënt, conform de huidige aanbevelingen in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Recent onderzoek toont aan dat bij de 'gezonde' oudere patiënt mogelijk een nog intensievere bloeddrukbehandeling aan te raden is.
- Naarmate een patiënt kwetsbaarder is, meer fysieke beperkingen heeft en biologisch ouder wordt ingeschat zouden wij juist terughoudender moeten zijn met de indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling en is de streefwaarde van de bloeddruk hoger.

dere patiënten zijn nut en noodzaak van het monitoren van de bloeddruk voor huisartsen minder duidelijk dan bij patiënten op middelbare leeftijd.¹ Huisartsen worstelen met dit vraagstuk. Welke bloeddruk is de juiste bloeddruk bij patiënten op hoge leeftijd? Heeft bloeddrukverlagende behandeling zin? Welke streefwaarde houden we dan aan?

BLOEDDRUK ALS RISICOFACITOR

Al tientallen jaren is er discussie over de rol van (een hoge) bloeddruk als risicofactor bij oudere patiënten. De tegenstrijdigheid in de resultaten van zowel observationele als gerandomiseerde onderzoeken speelt daarin een belangrijke rol. Enkele observationele onderzoeken naar de relatie tussen bloeddruk en risico op hart- en vaatziekten bij de oudste ouderen hebben aangetoond dat er sprake is van een omgekeerde relatie: een *hoge* systolische bloeddruk hangt samen met een *lagere* sterfte.^{2,3} Het adagium 'hoe lager, hoe beter' lijkt bij ouderen dus niet altijd op te gaan.

Men heeft verschillende redenen genoemd voor deze omgekeerde relatie. Omdat hartfalen samenhangt met een lagere bloeddruk en met een verhoogde sterfte heeft men wel gesuggereerd dat (subklinisch) hartfalen verantwoordelijk is voor deze 'omkering van de risicovoorspelling'. Deze hypothese is onderzocht bij negentigjarige deelnemers van de Leiden 85-plus Studie.⁴ Doel was om te onderzoeken of hoge systolische bloeddruk een hoger risico op sterfte voorspelt bij de oudste ouderen zonder hartfalen, wat zou moeten blijken uit een laag-normaal NT-proBNP. De aan- of afwezigheid van hartfalen (afgemeten aan de hoogte van het NT-proBNP) bleek geen invloed te hebben op de samenhang tussen een *lage* systolische bloeddruk en een *hoger* sterfterisico. Hartfalen is dus niet (alleen) de oorzaak van de verandering in prognostische waarde van bloeddruk wat betreft hart- en vaatziekte en sterfterisico op hogere leeftijd. Wat dan wel?

Een tweede, alternatieve hypothese is dat de 'omkering van de risicovoorspelling' samenhangt met de aanwezigheid van kwetsbaarheid of hoge biologische leeftijd. Hierbij zou het verband tussen bloeddruk en het risico op hart- en vaatziekten en sterfte verschillend kunnen zijn in subgroepen van kwetsbaarheid of hoge biologische leeftijd. Deze hypothese is in een aantal onderzoeken getoetst. Uit het LASA-onderzoek (Longitudinal Ageing Study Amsterdam) bleek dat een lage diastolische bloeddruk (in vergelijking met een hoge diastolische bloeddruk) samenhang met een hoger sterfterisico, voor-

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr. R.K.E. Poortvliet, huisarts-onderzoeker; dr. W. de Ruijter, huisarts-onderzoeker (tevens wetenschappelijk medewerker bij het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht); prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Eerstelijngeneeskunde • Correspondentie: r.k.e.poortvliet@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift: Poortvliet RKE. New perspectives on cardiovascular risk prediction in old age. Leiden: LUMC, 2015.

al bij de oudste ouderen en biologisch oudere patiënten (met een beperking in fysiek en cognitief functioneren).⁵ Een onderzoek onder de oudste ouderen naar de samenhang tussen bloeddruk en het ontstaan van CVA heeft aangetoond dat dit verband afhankelijk is van het fysiek en cognitief functioneren: bij de oudste ouderen met een beperking in fysiek en cognitief functioneren hing een *lage* bloeddruk samen met een *hoger* risico op het krijgen van een CVA.⁶ Een ander onderzoek heeft loopsnelheid gebruikt als indicator voor kwetsbaarheid en biologische leeftijd.⁷ Dit heeft aangetoond dat bij vitale ouderen met een relatief hoge loopsnelheid een hoge bloeddruk samenhangt met een hoger sterfterisico. Bij kwetsbare ouderen (degenen met een lagere loopsnelheid die de looptest niet konden afmaken) gaf juist een lagere bloeddruk een hoger sterfterisico. Samenvattend kunnen we stellen dat deze onderzoeken een eerste inzicht geven in de mogelijke invloed van kwetsbaarheid/biologische leeftijd op de samenhang tussen bloeddruk en het risico op hart- en vaatziekten en sterfte in de oudere populatie. Zou dit ook betekenen dat het effect van bloeddrukverlagende behandeling op hart- en vaatziekten en sterfte verschillend is voor deze groepen patiënten?

Een ander onderzoek uit de Leiden 85-plus Studie had als doel te onderzoeken of het beloop van de bloeddruk over tijd (vijf jaar) mogelijk meer informatie oplevert dan een enkelvoudige bloeddrukmeting.⁸ De belangrijkste bevinding was dat zowel een over de voorafgaande vijf jaar dalende systolische bloeddruk als een actuele lage systolische bloeddruk beide onafhankelijk bijdragen aan de voorspelling van een hoger sterfterisico op zeer hoge leeftijd, onafhankelijk van het gebruik van bloeddrukverlagende medicatie en de aan- of afwezigheid van comorbiditeit. Ook dit observationele onderzoek suggereert dat het adagium 'hoe lager, hoe beter' op zeer hoge leeftijd niet opgaat. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen

of het staken of verminderen van bloeddrukverlagende medicatie in dit geval het sterfterisico kan verlagen.

WANNEER PREVENTIEVE BEHANDELING?

Wanneer we rekening houden met de huidige drempel om preventieve medicatie te starten bij personen met behandelbare risicofactoren (een systolische bloeddruk van 140 mmHg en hoger, en/of een LDL boven de 2,5 mmol/l) en een cardiovasculair (absoluut) tienjaarsrisico tussen de 10 en 20% met risicoverhogende factoren of een cardiovasculair (absoluut) tienjaarsrisico $\geq 20\%$,⁹ dan komen praktisch alle personen van 75 jaar en ouder in aanmerking voor preventieve medicatie. Dit betekent dat oudere personen alleen al op grond van het leeftijdgerelateerde absolute risico preventieve medicatie voorgeschreven zouden kunnen krijgen. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) stelt hierover dat een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling bij oudere personen noodzakelijk is, vooral als zij ook al medicatie voor andere aandoeningen gebruiken.⁹ Voor het maken van zo'n afweging is het niet alleen belangrijk om te weten wat het te verwachten effect is van een eventueel ingestelde preventieve behandeling, maar ook wat het relatieve risico is op het krijgen van hart- en vaatziekten. Er kunnen mogelijke ongunstige interacties tussen geneesmiddelen en potentiële bijwerkingen optreden die een negatief effect hebben op de kwaliteit van leven. Deze vormen een belangrijk argument dat meeweegt bij de beslissing.

BEHANDELING MET STATINE

Onlangs heeft Anna Koning in *Huisarts en Wetenschap* de voor- en nadelen van statinegebruik door tachtigplussers beschreven.¹⁰ Ze stelt dat er weinig bewijs is dat statines zinvol zijn voor tachtigplussers *zonder* hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, maar wel als het gaat om tachtigplussers met diabetes. Bij hen is er wel sprake van een gunstig effect van statines op cardiovasculaire en totale sterfte. Bij tachtigplussers *met* hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, de secundaire preventie, is er meer bewijs dat statines effectief zijn. Verbetering van de prognose is echter pas na een tot twee jaar behandeling te verwachten, waardoor de winst van een behandeling met een statine bij oudere patiënten met een beperkte levensverwachting lager is. Maar hoe zit het dan met bloeddrukverlagende behandeling?

BLOEDDRUKVERLAGENDE BEHANDELING

Bij personen van zestig jaar en ouder is behandeling van hoge bloeddruk effectief bij het voorkomen van een CVA, myocardinfarct en andere hart- en vaatziekten. Met betrekking tot het effect van een behandeling van hoge bloeddruk bij ouderen van tachtig jaar en ouder laten onderzoeken verschillende resultaten zien. Ook over de te hanteren streefwaarden bestaat er onzekerheid.

Abstract

Poortvliet RKE, De Ruijter W, Gussekloo J. *Treatment of hypertension in the oldest old. Huisarts Wet* 2016;59(10):443-6.

The prevalence of hypertension is highest in the older population, but the necessity and benefit of blood pressure monitoring and treatment of high blood pressure in this older population is unclear. This review discusses blood pressure as a risk factor in the oldest old and whether preventive treatment of high blood pressure is effective in these patients. The current paradigm 'lower is better' is not always applicable in the oldest old. Observational studies have shown that a low and decreasing blood pressure is associated with a high mortality, even in the absence of manifest heart failure. Frailty or biological age may play a role in this 'inversion of risk prediction'. Evidence regarding the benefit of treating hypertension in elderly patients is ambiguous. In otherwise healthy older individuals, blood pressure-lowering treatment is effective, but treatment efficacy diminishes with increasing frailty – there is no 'one-size-fits-all' treatment. A blood pressure target of 150/80 mmHg, or even lower, is recommended for healthy older patients, such as the participants enrolled in randomized trials. In frail older patients, in patients with more physical limitations, and in biologically older patients, doctors should be more conservative regarding indications for blood pressure-lowering treatment and blood pressure treatment targets should be higher.

Voor behandeling

De HYVET-trial (*hypertension in the very elderly*) toonde aan dat behandeling van hoge bloeddruk op korte termijn wel een daling in het aantal sterfgevallen geeft.¹¹ Het recente Amerikaanse onderzoek SPRINT (*systolic blood pressure intervention trial*) heeft een vergelijking gemaakt tussen de effecten van intensieve bloeddrukbehandeling met een streefwaarde < 120 mmHg en die van een bloeddrukbehandeling met een streefwaarde < 140 mmHg, bij 9361 deelnemers van 50 jaar en ouder met een hoog risico op hart- en vaatziekten.¹² Intensieve behandeling bleek samen te hangen met een 25% lager risico op hart- en vaatziekten en sterfte, ook in de groep van 2636 deelnemers van 75 jaar en ouder (met een gemiddelde leeftijd van 80 jaar).¹³

Twijfels

Voor sommigen zijn bovenstaande onderzoeksuitkomsten voldoende aanleiding om ook op hoge leeftijd hoge bloeddruk te (blijven) behandelen, maar anderen houden twijfels op grond van tegenstrijdige bevindingen. Allereerst: meta-analyses naar het effect van bloeddrukverlagende behandeling bij tachtigplussers suggereren dat we hart- en vaatziekten weliswaar kunnen voorkomen, maar dat de totale sterftekans niet afneemt.^{14,15} Ten tweede: het is goed om te kijken naar de streefwaarden die men bij deze gerandomiseerde onderzoeken aanhield en welke bloeddrukwaarden men uiteindelijk met behandeling heeft behaald. Bij de meeste onderzoeken heeft men een systolische bloeddruk van 150 mmHg nagestreefd, maar veelal werd ook die niet gehaald. In de HYVET-trial had uiteindelijk 48% van alle deelnemers in de actieve behandelgroep een bloeddruk < 150/80 mmHg; dat gold voor 19,9% in de placebogroep ($p < 0,001$).¹¹ Ook hebben de onderzoeken niet aangetoond dat sterke bloeddrukverlaging effectief en veilig is. Ten derde: het is belangrijk om te bedenken dat de deelnemers aan gerandomiseerde onderzoeken over het algemeen 'gezonde ouderen' zijn, waardoor ze niet representatief zijn voor de groep oudste ouderen in de huisartsenpraktijk. De HYVET-trial heeft vooral deelnemers uit niet-Westerse landen geïnccludeerd en heeft patiënten met dementie of patiënten die afhankelijk waren van zorg geëxcludeerd.¹¹ De SPRINT-trial is een Amerikaans onderzoek waarbij onder anderen patiënten met diabetes, proteïnurie, een voorgeschiedenis van CVA, eGFR < 20 ml/min/1,73m², symptomatisch hartfalen, een terminale ziekte, dementie, gewichtsverlies > 10% in de laatste zes maanden en/of verblijvend in een verpleeghuis werden uitgesloten van deelname.^{12,13} De auteurs van een artikel in het *American Journal of Hypertension* vonden dat bij deelnemers (> 60 jaar) uit de SHEP-trial (Systolic Hypertension in the Elderly Program) zonder een beperking in het fysieke functioneren bloeddrukverlagende therapie effectief was bij het verlagen van het totale sterfterisico, het risico op sterfte aan hart- en vaatziekte en het risico op een myocardinfarct, vergeleken met placebo. Bij deelnemers met een beperking in fysiek functioneren (zoals moeite met het doen van zwaar huishoudelijk werk, niet zonder hulp via de trap naar tweede verdieping kunnen lopen en niet 800 meter zonder hulp kunnen lopen)

was er geen effect van bloeddrukverlagende behandeling.¹⁶ Op grond van een recente review kan men concluderen dat we rekening moeten houden met biologische leeftijd of kwetsbaarheid wanneer we overwegen om met een bloeddrukverlagende behandeling te beginnen.¹⁷ Daarnaast is er onder ouderen van 80 jaar en ouder geen onderzoek gedaan naar de veiligheid en effectiviteit van het gebruik van > twee antihypertensiva.¹⁷ Men heeft daarom ook wel gesuggereerd dat het bij deze groep, die kwetsbaar is en/of drie of meer antihypertensiva gebruikt, al dan niet gepaard met orthostaseklachten, misschien mogelijk is om antihypertensiva af te bouwen of te stoppen, waarbij de systolische bloeddruk > 150 mmHg acceptabel is. Het is echter onduidelijk of dat inderdaad veilig is, want gedegen onderzoek hiernaar ontbreekt.¹⁷

CONCLUSIE

Conform de huidige aanbevelingen in de NHG-Standaard CVRM is een streefwaarde van een systolische bloeddruk < 150 mmHg niet wenselijk bij de alleroudste niet-vitale ouderen.⁹ Er is nog aanvullend onderzoek nodig om aan te tonen welke combinatie van risicofactoren het best is om ouderen op te sporen bij wie een hoge bloeddruk wel samenhangt met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en sterfte, en bij wie er in beginsel dus een indicatie is voor bloeddrukverlagende behandeling. Hierbij zullen we de aan- of afwezigheid van kwetsbaarheid moeten includeren.

Tot die tijd blijft een streefwaarde van 150/80 mmHg van kracht voor de 'gezonde' oudere patiënt zonder complexe problemen, zoals de deelnemers uit de gerandomiseerde onderzoeken. Het recente onderzoek naar intensievere behandeling bij ouderen van 75 jaar en ouder (SPRINT) zorgt mogelijk voor een verschuiving van deze streefwaarde naar een nog intensievere instelling van de bloeddruk. Naarmate een patiënt kwetsbaarder is, meer fysieke beperkingen heeft en biologisch ouder wordt ingeschat, zouden wij echter terughoudender



Foto: Ronald Roosen

kunnen (of moeten) zijn met betrekking tot de indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling en de streefwaarde van de bloeddruk. Daarbij spelen vanzelfsprekend de wens van de patiënt, risico's op interacties, bijwerkingen, multimorbiditeit en/of barrières voor therapietrouw (zoals cognitieve achteruitgang) een rol bij de indicatiestelling van bloeddrukverlagende behandeling. In welke situaties we een bloeddrukverlagende behandeling veilig kunnen staken blijft een vraag die tot op heden onvoldoende is onderzocht. ■

LITERATUUR

- Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA* 2010;303:2043-50.
- Van Bommel T, Gussekloo J, Westendorp RG, Blauw GJ. In a population-based prospective study, no association between high blood pressure and mortality after age 85 years. *J Hypertens* 2006;24:287-92.
- Molander L, Lovheim H, Norman T, Nordstrom P, Gustafson Y. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1853-9.
- Poortvliet RK, Blom JW, De Craen AJ, Mooijart SP, Westendorp RG, Assendelft WJ, et al. Low blood pressure predicts increased mortality in very old age even without heart failure: the Leiden 85-plus Study. *Eur J Heart Fail* 2013;15:528-33.
- Post H, Spers G, Smulders YM, Maier AB, Deeg DJ, Muller M. Relation between blood pressure and mortality risk in an older population: role of chronological and biological age. *J Intern Med* 2015;277:488-97.
- Sabayan B, Van Vliet P, De Ruijter W, Gussekloo J, De Craen AJ, Westendorp RG. High blood pressure, physical and cognitive function, and risk of stroke in the oldest old: the Leiden 85-plus Study. *Stroke* 2013;44:15-20.
- Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. *Arch Intern Med* 2012;172:1162-8.
- Poortvliet RK, De Ruijter W, De Craen AJ, Mooijart SP, Westendorp RG, Assendelft WJ, et al. Blood pressure trends and mortality: the Leiden 85-plus Study. *J Hypertens* 2013;31:63-70.
- NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:14-28.
- Koning AS. Statintherapie bij 80-plussers: starten of staken? *Huisarts Wet* 2016;59:50-3.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
- Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.
- Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, Berlowitz DR, Campbell RC, Chertow GM, et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315:2673-82.
- Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, et al. Anti-hypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomized controlled trials. *INDANA Group. Lancet* 1999;353:793-6.
- Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Wright JM, Schron EB, Lindholm LH, Fagard R, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2010;28:1366-72.
- Charlesworth CJ, Peralta CA, Odden MC. Functional status and antihypertensive therapy in older adults: a new perspective on old data. *Am J Hypertens* 2016;29:690-5.
- Muller M, Smulders YM, De Leeuw PW, Stehouwer CD. Treatment of hypertension in the oldest old: a critical role for frailty? *Hypertension* 2014;63:433-41.

Nico van Duijn

Mijn broer is huisarts en die zegt...

De lokale gepensioneerde huisartsen spreken elkaar regelmatig. We praten nogal eigenwijs, want we hebben overall verstand van. We noemen ons de huisartsensociëteit. Verder is het erg gepensioneerd. Een excursie naar het Waterschap, tuin opknappen van het zorgcentrum, dat soort dingen.

Ik vroeg laatst: wat doen jullie als een vriend veel te laat is opgenomen met (akeelige diagnose)? Je hebt de pest in, je denkt het beter te weten. Die dokter had toch direct... Vele verhalen rolden over tafel. We tobben er allemaal mee. Het is lastig. Een oude huisarts heeft veel oneffenheden van andere dokters gezien, zelf al veel inschattingsproblemen gehad. We zien

precies waar het mis gaat. Protocollen helpen niet volgens de oude rotten, want het gaat juist mis voorbij de protocollen. Je bemoeien met de aanpak? Dat kan, maar loyaliteit met ex-collega's houdt ons tegen. Loyaliteit met familie, vrienden, burenduwt ons de andere kant uit. Het gewoon bespreken met de behandelend arts is het beste. Maar ja, toen ik dat deed bij het sterfbed van een familielid werkte dat niet. Vreselijk. Ik moest het overnemen. Bij een ander familielid werkte het uitstekend. Onverstoorbaar deed die dokter het bijzonder goed, terwijl een huisarts en drie verpleegkundigen over zijn schouder meekijken. Knap werk was dat. Wat dan? Toch maar een protocolletje maken? Ik denk dat gewoon bespreken met de behandelend arts geprobeerd moet worden, met het getob erbij over je rol. Tweede spelregel: bemoei je alleen

met ordening, de logistiek, de goede vragen helpen stellen. Dus niet de inhoud, wel het proces. Zo heb ik ooit al iemands klachten op een rijtje gezet. Meer was het niet, geen conclusie, geen redenering. Dat lijstje liet de patiënt aan zijn huisarts zien. De onvolledige gegevensverzameling werd compleet. Dat hielp. Ik weet namelijk hoe het brein van een dokter werkt. Stop er alles in en er rolt iets goeds uit. Slordigheid zit zelden in de analyse, wel in de gegevens. We tobben nog maar even door met deze rol van de oude dokter op de achtergrond. We wachten rustig af, tot we zelf patiënt worden. Lijkt ons niet zo moeilijk, als je een goede dokter hebt. De hele vergadering veert op. Als een stel bejaarden serveren we onze eigen kwaaltjes uit, aanpak erbij. We leren het nooit af, dat dokteren. ■

