

De oudere mens en het open bejaardenwerk*

DOOR DR. J. TH. R. SCHREUDER, INTERNIST-GERIATER TE HILVERSUM

Inleiding. Leeftijd kan — evenals huidskleur — gemakkelijk tot een overwaardig kenmerk worden, zodat men is geneigd een bepaalde groep te isoleren en alle verschillen tussen de leden van die groep onbelangrijk te achten ten opzichte van dat gemeenschappelijke kenmerk. Vandaar dat wij over bejaarden — evenals over negers en andere minderheidsgroepen — steeds stereotiepe voorstellingen hebben. In de hedendaagse literatuur worden dergelijke voorstellingen bijvoorbeeld door Carmiggelt raak getypeerd. In het algemeen wordt de bejaarde voorgesteld als gebrekkig, zowel in geestelijk als in lichamelijk opzicht. Onze houding ten opzichte van de bejaarden kan men het beste kenschetsen als een door medelijden getemperde verachting. Wij zien deze houding ook weerspiegeld in het taalgebruik. Iedereen heeft de neiging om over bejaarden met verkleinwoorden te spreken. Wellicht zullen niet allen het afschuwelijke „opaatje” en „omaatje” gebruiken, maar men spreekt toch al gauw van „oud heertje”, „oud dametje”, „oud mannetje” en „oud vrouwtje”. Deze neiging tot verkleinwoorden drukt uit dat wij graag het lidwoord „het” gebruiken vóór het woord waarmee de bejaarde wordt aangeduid. De bejaarde wordt zodoende gedeseksualiseerd. Dit past in onze stereotiepe, waarin seksueel leven voor de bejaarde immers geen plaats heeft. Het past ook in onze neiging de bejaarde hoe langer hoe minder als mens en hoe langer hoe meer als voorwerp te zien, zij het ook als voorwerp van zorg. Deze houding ten opzichte van de bejaarde is uitdrukking van het feit, dat de bejaarde in onze maatschappij voortdurend wordt bedreigd met het verlies van de eigenschap die in onze ogen de mens pas tot mens maakt, namelijk met het verlies van zijn zelfstandigheid.

Hoofddoel van bejaardenzorg, in welke vorm ook, moet dus steeds zijn: de zorg voor de zelfstandigheid van de bejaarde. Natuurlijk zijn er vele andere doelstellingen zoals medische behandeling, godsdienstige verzorging en culturele verheffing, maar deze doelstellingen moeten altijd ondergeschikt blijven aan het hoofddoel. Deze zorg moet ook de voornaamste drijfveer zijn bij het medische handelen dat in het algemeen wordt beheerst door drie doelstellingen, namelijk het behoud van het leven als zodanig, het diagnostische plezier en het technische vernuft. Indien iemand 80 jaar is ge-

worden, wordt de eerste doelstelling volkomen onbelangrijk. Of de tachtigjarige 81 wordt interesseert zelden de patiënt zelf, terwijl zijn omgeving dikwijls alleen in negatieve zin zal reageren. De maatschappij is er evenmin bij gebaat. Het is echter van fundamenteel belang dat de tachtigjarige die 84 wordt, niet vier jaar in bed heeft gelegen met voortschrijdende psychische en lichamelijke achteruitgang. Indien dit uit het oog wordt verloren, verlengt men niet het leven maar het sterven. De Engelse geriater Lord Amulree heeft dit uitgedrukt in de slagzin: het doel van de geriatrie is niet jaren aan het leven toevoegen, maar leven aan jaren.

Oorzaken van het verlies aan zelfstandigheid. De zelfstandigheid van de bejaarde wordt natuurlijk niet alleen door lichamelijke oorzaken bedreigd. Wellicht is de belangrijkste oorzaak voor het zelfstandigheidsverlies de financiële nood. De inkomsten uit hoofde van de Algemene Ouderdoms Wet (A.O.W.) zijn ontoereikend voor de kosten van het levensonderhoud; pensioenen worden door de voortdurende devaluatie van het geld zeer snel uitgehold. Het gevolg is, dat oud en arm nog altijd synoniem zijn. De bijstandswet kan weliswaar voor de allerergste nood behoeden, maar degene die deze hulp inroept is natuurlijk zijn zelfstandigheid op maatschappelijk gebied kwijt.

* * *

Een tweede groep van oorzaken van het verlies van zelfstandigheid ligt op sociaal gebied. Vele bejaarden hebben ongeschikte woningen; zij zijn soms te groot, wat bij het tekort aan huishoudelijke hulp ongunstig is; vaak zijn zij echter te klein en gevaarlijk. Zowel op het platteland als in de grote steden komen krotwoningen voor. Het grote gevaar van woningen in de grote stad zijn de steile trappen met onvoldoende verlichting en gebrekkige leuning, waardoor de bejaarde met enige lichamelijke handicap al spoedig levenslang huisarrest heeft. Hij verliest hierdoor de mogelijkheid tot contact met anderen, ook al omdat in een dergelijke woning bovendien zelden bezoek komt. Een andere sociale oorzaak voor verlies aan zelfstandigheid is de pensionering. Het werk verschaft een groot aantal van onze contacten. Het gepensioneerd worden leidt dikwijls tot contactverlies. Het verlies aan arbeid heeft natuurlijk verschillende gevolgen, omdat werken nu eenmaal voor iedereen een geheel verschillende levenswaarde betekent. Voor sommigen is

* Voordracht, gehouden tijdens de in 1966-'67 gegeven Cursus geriatrie voor huisartsen in het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum.

werk alleen belangrijk als middel om geld te verdienen. Dit is echter slechts bij een minderheid het geval. Veel belangrijker dan het geld is de rang, welke het inkomen ons geeft in een bepaalde groep en de rol, welke het werk ons geeft in het maatschappelijke bestel.

Daarnaast heeft het werk betekenis voor de houding welke wij ten opzichte van anderen aannemen: het dient als uitdrukkingmogelijkheid van ons karakter. Indien deze factoren te sterk zijn ontwikkeld, kan men bepaalde karakterdeformaties krijgen, zodat men in gezelschap dikwijls maar al te gemakkelijk de onderwijzer, de leraar, de dominee en de dokter herkent.

Voorts verschaft het werk praktische gedragsnormen; het bepaalt de tijd van opstaan, van eten en onze wijze van omgang met de verschillende mensen. Hiermede hangt weer de betekenis van het werk voor het gezinsleven samen; er bestaat een bepaald ritme van weggaan uit het gezin en van thuiskomen in het gezin. Pensionering heeft — in verband met al deze functies van het werk — op sommige mensen een desintegrerende invloed. Indien het werk in sterke mate bepalend is geweest voor de houding, welke wij ten opzichte van onszelf en van anderen hebben aangenomen, indien het werk in hoge mate expressie van ons karakter is geweest of ook, indien het uitsluitend bepalend is geweest voor onze maatschappelijke rol, veroorzaakt het verlies aan arbeid een hoge mate van desintegratie. De gepensioneerde weet niet, hoe hij tegen anderen en tegen zichzelf moet aanzien. Deze psychologische desintegratie geeft angst, een angst die bovendien wordt versterkt door het contactverlies dat bij alle sociale factoren aanwezig is. Wat de betekenis voor het gezin betreft: het is voor vrouwen soms ondraaglijk om de gehele dag tegen een nietsdoende man te zitten aankijken.

Psychologische factoren kunnen eveneens tot verlies aan zelfstandigheid leiden. Zo is een van de meest constante ouderdomskenmerken het verlies aan tempo. Dat begint al vroeg: de twintigjarige functioneert langzamer dan de vijftienjarige. Men kan dit verlies aan tempo afmeten aan het feit, dat de tijd hoe langer hoe sneller lijkt voorbij te gaan. Een en ander wordt aardig geïllustreerd in de volgende vergelijking: twee mannen lopen langs een rivier, een jonge man en een grijsaard. De jonge man loopt met grote passen langs het water en denkt: wat stroomt het water langzaam. De grijsaard strompelt moeizaam langs het pad en denkt: wat stroomt het water snel. De rivier is natuurlijk een beeld van de tijd. Aan het feit, dat de tijd hoe langer hoe sneller lijkt te gaan, kunnen wij onze eigen vertraging afmeten. Heel fraai is deze waarneming uitgedrukt in de inscriptie van een klok van de cathedraal van Chester:

When as a child I laughed and wept, time crept
When as a youth I dreamed and talked, time walked

When I became a fullgrown man, time ran
and later, as I older grew, time flew.
Soon I shall find, while travelling on, time gone.
Will Christ have saved my soul by then?

Amen.

Het gemis aan tempo verklaart de moeilijkheden van de oudere werknemer om het arbeidstempo dat op de middelbare leeftijd is afgestemd bij te houden. Het verklaart ook dat de bejaarde in een groot gezelschap niet tot zijn recht komt; hij formuleert zijn gedachten te langzaam en, voordat hij iets heeft gezegd, is het gesprek al enige malen van onderwerp veranderd.

Een ander psychologisch kenmerk van de ouderdom is de bemoeilijkte inprenting. Het geheugen wordt gekenmerkt door drie facetten: inprenten, bewaren en weer te voorschijn roepen. Bij de bejaarde is ook het weer te voorschijn brengen bemoeilijkt, zoals bijvoorbeeld het op tijd in het bewustzijn brengen van persoonsnamen. Deze stoornis is echter veel minder hinderlijk dan de bemoeilijkte inprenting. Ook dit verschijnsel kan ieder bij zichzelf opmerken. Wij weten, dat het leren van zinloze reeksen zoals bijvoorbeeld onregelmatige werkwoorden op volwassen leeftijd nauwelijks meer mogelijk is. Deze bemoeilijkte inprenting veroorzaakt ook, dat men op hoge leeftijd niet gemakkelijk nieuwe kennissen krijgt. Men heeft na een eerste kennismaking moeite om de namen te onthouden, terwijl men de details van de gesprekken die zijn gevoerd, in het geheel niet meer weet vast te leggen. Vandaar dat het sluiten van nieuwe vriendschappen hoe langer hoe moeilijker gaat. De stoornissen in de inprenting leiden ook tot bemoeilijkte oriëntatie, in tijd zowel als in plaats. Indien een bejaarde in een nieuwe omgeving, een groot gebouw of een vreemde stad komt, heeft hij de grootste moeite zich voldoende details in te prenten om de weg in de nieuwe situatie te leren kennen. Men moet deze stoornissen in inprenting en oriëntatie echter niet verwarren met dementie. Hiervan mag men pas spreken indien engrammen, die goed gefixeerd zijn geweest, verloren zijn gegaan; als er dus afbraak van de persoonlijkheid plaatsvindt. Het is duidelijk dat het contactverlies, dat met de bemoeilijkte inprenting en vooral met de moeilijkheden bij de oriëntatie samengaat, er in hoge mate toe kan leiden dat de bejaarde geneigd is om zijn zelfstandigheid op te geven en aan anderen de zorg voor zijn leven over te laten.

Enkele oorzaken van chronische aandoeningen.
De psychosomatische oorzaken voor het verlies van zelfstandigheid zijn voor de arts het belangrijkste. De bejaarde neigt meer dan de jongere tot chronische ziekten. De gezondheid van de bejaarde berust op vier peilers: voldoende contacten, voldoende activiteiten, voldoende lichaamsbeweging en voldoende voeding. Zoals reeds werd vermeld leiden financiële, sociale en psychologische „tekorten” tot contactverlies. Het is natuurlijk betrekke-

lijk willekeurig bij welke graad van contactverlies men van vereenzaming gaat spreken. Van Zonneveld vond bij zijn onderzoek dat 8,8 procent van de mannen en 15,8 procent van de vrouwen eenzaam is. Men kan onderscheid maken tussen eenzaamheid en zich terugtrekken. Degene die eenzaam is, staat buiten de kring van deelnemers aan het maatschappelijke leven, degene die zich terugtrekt kan wel binnen de kring zijn opgenomen, maar hij heeft zichzelf met een magische cirkel omringd, waardoor hij zich afsluit van deelneming aan het sociale leven. Eenzaam en teruggetrokken was 3,2 procent van de mannen en 4,4 procent van de vrouwen. Zowel van de eenzaamheid als van de teruggetrokkenheid stijgt het percentage in sterke mate met de leeftijd. In een recent onderzoek vond Tunstall, dat 21 procent van de bejaarden sociaal was geïsoleerd, dat wil zeggen minder dan twintig contacten per week had. Extreem geïsoleerd, dat wil zeggen minder dan vijf contacten per week, was 4¹/₂ procent van de bejaarden. Sociale isolatie en eenzaamheid zijn niet hetzelfde; het eerste is een objectief gegeven, het laatste is subjectief. In het onderzoek van Tunstall voelde 28 procent van de bejaarden zich soms alleen, bij 6,7 procent was zulks dikwijls het geval. Extreem isolement leidde veelal tot verwaarlozing van zichzelf en hiermede tot ziekte.

Een tweede voorwaarde voor een gezonde ouderdom is voldoende geestelijke activiteit. Natuurlijk is deze behoefte groter bij mensen die altijd actief hebben deelgenomen aan het sociale en culturele leven van hun tijd. Er zijn echter ook bejaarden die hun gehele leven met betrekkelijk zinloze arbeid hebben gevuld maar die niettemin, als zij vrije tijd krijgen, belangstelling voor maatschappelijke werkzaamheden of voor het verkrijgen van een groter aandeel in de cultuur van hun tijd opbrengen. Gemis hieraan leidt uit de aard der zaak tot geestelijke achteruitgang.

Een derde voorwaarde voor een gezonde ouderdom is voldoende lichaamsbeweging. Onze gehele cultuur brengt mee dat men bij het klimmen der jaren hoe langer hoe meer een zittend leven gaat leiden. De auto en de „brommer” maken dat iedereen, onafhankelijk van zijn welstand, in staat is zich zonder lichamelijke inspanning naar zijn werk te begeven, werk dat bovendien in het algemeen geen lichamelijke inspanning vergt. Het gevolg is toenemende inactiviteitsatrofie van het spierstelsel, beperking van de beweeglijkheid van de gewrichten en neiging tot osteoporose. De hedendaagse sportverafgoding heeft hieraan geen goed gedaan. Op volwassen leeftijd doet men niet meer aan sport men kijkt naar sport, veelal via de televisie.

De vierde peiler van de gezondheid van de bejaarde is adequate voeding. Overvoeding veroorzaakt natuurlijk zeer vaak invaliditeit. Vetzucht bemoeilijkt regelmatige lichaamsbeweging en leidt

tot inactiviteitsatrofie. Zeer vele ziekten hangen regelrecht samen met vetzucht, bijvoorbeeld arteriosclerose en degeneratieve gewrichtsaandoeningen, speciaal de artrosen van heup, knie en voet. Zonder vetzucht zou een groot aantal van de geriatrische ziekten hetzij verdwijnen, hetzij veel minder frequent en in minder ernstige mate voorkomen. Vetzucht wordt echter zelden verkregen tijdens de ouderdom, meestal geschiedt dit reeds op middelbare leeftijd. De eetlust daalt niet evenredig met de vermindering van de hoeveelheid lichaamsbeweging. Bovendien wordt de grondstofwisseling steeds lager, zodat de totale toevoer van calorieën reeds op middelbare leeftijd veel geringer moet zijn dan bij jongeren. De voortdurende reclame voor het meer gebruiken van voedingsmiddelen zoals boter en margarine, koekjes en snoepgoed vormt een groot gevaar voor de volksgezondheid. Ondervoeding komt nogal eens voor, meestal door psychische oorzaken. De alleenstaande en zich verlaten voelende bejaarde heeft geen interesse meer in koken en eten. Toch is kwantitatieve ondervoeding niet zo veelvuldig; veel vaker ziet men een deficiënte voeding. Deze wordt vooral veroorzaakt door armoede. De bejaarde heeft nu eenmaal in onze maatschappij een marginaal bestaan.

Het open bejaardenwerk. Het zogenaamde open bejaardenwerk beweegt zich op bovengenoemde vier gebieden. Vooropgesteld zij dat dit werk ook een eigen waarde heeft, welke men geheel onafhankelijk van de preventie van chronische ziekten kan zien. Van medisch standpunt uit mag erop worden gewezen dat het open bejaardenwerk een grote preventieve waarde heeft. Wat betreft de contacten hebben wij de beschikking over bejaardensoციეतेiten. Deze dragen een gezelligheidskarakter: er is gelegenheid tot het ontmoeten van elkander en tot het doen van spelletjes; vaak worden van daaruit ook uitstapjes voor bejaarden georganiseerd. Daarnaast heeft men bezoeken, waarbij vrijwilligers of vrijwilligsters met bejaarden vriendschap sluiten. Deze bezoeken kunnen zeer nuttig zijn. Zij zijn echter veel moeilijker te organiseren. Het is niet eenvoudig bejaarden te vinden die dergelijke diensten nodig hebben; het is ook moeilijk vrijwilligers te vinden die voor dit werk geschikt zijn. De vrijwilligers moeten in elk geval — dit geldt trouwens voor elke tak van bejaardenwerk in meer of mindere mate — een goede scholing hebben om hen te bevrijden van gevoelsvooroordelen over bejaarden. Anders ontstaat een sfeer van neerbuigendheid die voor werkelijke vriendschap noodlottig is. Een bezoeker moet daarom ook geen geschenken willen meebrengen; veel beter is het als hij eens een geschenk van een bejaarde kan krijgen. Hij moet dus niet alleen affectie willen brengen, maar ook affectie willen ontvangen; hij moet komen met lege handen maar met een warm hart. Voor psychische activiteit wordt zorg gedragen door middel van cultureel groeps- en clubwerk, zoals dat bijvoorbeeld in Amsterdam door de

Dienst van Sociale Zaken is georganiseerd door de heer Kweksilber. De lichamelijke activiteit wordt in hoge mate gestimuleerd door het deelnemen aan gymnastiekclubs. Er zijn op het ogenblik in Nederland meer dan 300 clubs met meer dan 6000 deelnemers.

Wat de voeding betreft: tekorten kunnen worden aangevuld door „meals on wheels”. Dit zijn maaltijden die de leden van vrouwenverenigingen thuis bezorgen. De Unie van Vrouwelijke Vrijwilligers (U.V.V.) is hiermede begonnen. Voor deze dienst wordt ook wel de naam „tafeltje dek je” gebruikt, een wel wat infantiliserende benaming. De maaltijden worden geleverd tegen kostprijs of iets eronder. Het is noodzakelijk dat deze maaltijden goedkoop zijn, omdat de meest frequente oorzaak van wanvoeding armoede is. Indien men deze en andere diensten die voor bejaarden door vrijwilligers worden gedaan onderbrengt in één gebouw, krijgt men een veel grotere efficiëntie. Het deelnemen aan de ene activiteit stimuleert het deelnemen door bejaarden aan de andere. Bovendien heeft het veel voordeel indien de werkers in verschillende soorten bejaardenwerk elkander ontmoeten. De leiding van een dergelijke dienstencentrum behoort bij een „professional” te berusten. In het algemeen zal dit een maatschappelijk werker of werkster moeten zijn. Voor het overige moeten de diensten door vrijwilligers worden verricht, vandaar dat een dienstencentrum nooit zonder de „zuilen” kan werken, want

vrijwilligers werven kan men niet buiten de levensbeschouwelijke verenigingen om. Zonder een voldoende aantal vrijwilligers heeft men geen dienstencentrum te bouwen. Is dit wel het geval, dan kan men in een dergelijk dienstencentrum ook verschillende andere diensten onderbrengen. Zo kan men er verkeersonderwijs geven en voorlichting over doelmatige woninginrichting, waardoor men iets aan de preventie van ongevallen doet, terwijl de maatschappelijke werker sociale voorlichting kan geven. Bovendien kan men in het dienstencentrum een badgegelegenheden maken, voetverzorging laten geven en eventueel een kapsalon huisvesten. Ook zal men vanuit het dienstencentrum de zoekdiensten, de gezinsverzorging en de warme maaltijden kunnen organiseren. Daarnaast kan men gelegenheid geven gemeenschappelijke maaltijden te gebruiken.

Dergelijke dienstencentra hebben echter alleen nut indien er een zo groot aantal aanwezig is dat iedere gezonde bejaarde niet verder dan twintig minuten van een dergelijk centrum afwoont. Voor een stad van de grootte van Amsterdam kan men beter twintig min of meer geïmproviseerde dienstencentra hebben dan één heel goed centrum, waar toch maar een klein aantal bejaarden kan komen wegens de transportproblemen. Een dergelijke organisatie van dienstencentra vindt men in Oslo. Er is één heel goed centrum; daarnaast zijn er twaalf die weliswaar gebrekkig zijn gehuisvest, maar die toch duidelijk hun nut bewijzen.

Samenwerking huisarts-wijkverpleegster

DOOR DR. J. L. M. PHAFF*

Inleiding. Het past in het kader van deze tijd waarin oude overgeleverde normen worden geëvalueerd, om de samenwerking zoals deze tussen huisarts en wijkverpleegster bestaat aan een kritische beschouwing te onderwerpen. De huidige positie van de huisarts als centrale figuur in de gezondheidszorg mag pas sedert 1865 als zodanig worden onderkend, de figuur van de wijkverpleegster in haar organisatorische verband met de Kruisvereniging wordt sedert ongeveer het begin van deze eeuw in ons land aangetroffen. Samenwerking is er vanaf het begin geweest, een samenwerking met een eenzijdig karakter waarin de huisarts als opdrachtgever functioneert en de verpleegster als uitvoerende kracht op verpleegkundig terrein. Een samenwerking die van de kant van de wijkverpleegster werd gekenschetst als: uitstekend, de dokter wordt op zijn wenken bediend en met al zijn wensen wordt rekening gehouden.

* Inleiding, gehouden op het twaalfde N.H.G.-congres te Amsterdam, november 1967.

Ondanks discussies en suggesties van vele zijden bestaat de indruk dat naast een aantal gevallen van voortreffelijk op elkander ingesteld zijn er nog vele mogelijkheden ongebruikt zijn gebleven. Het is om die reden dat aandacht wordt gevraagd voor een verslag van het zogenaamde Asser-experiment, dat mijnerzijds zeer kort in zijn algemene aspecten zal worden ingeleid.

Omvang van het probleem. De omvang van het probleem uitgedrukt in getallen is kort te schetsen: er zijn in Nederland ongeveer 4 500 huisartsen en 3 200 wijkverpleegsters. Het onderzoek van Bramlage in Zutphen heeft aangetoond dat van de gehele bevolking jaarlijks 1,7 procent met een wijkverpleegster in aanraking kwam tegen 60 procent met een arts. De eigenlijke problematiek is echter veel moeilijker te benaderen. In het geneeskundige handelen is een accentverschuiving merkbaar, die langzamerhand tot bewustwording groeit bij de drie betrokken figuren op dit terrein: de huis-