

OMGAAN MET VEROUDERING

Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
buitengewoon hoogleraar, vanwege de Stichting
Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstellingen
Rotterdam, in de medische gerontologie en geriatrie.

Erasmus Universiteit Rotterdam,
op woensdag 19 december 1984
door Dr. F.J.G. Oostvogel

*Alleen wanneer je drinkt uit de rivier der stilte
zul je waarlijk zingen.
En wanneer je de bergtop hebt bereikt,
zul je beginnen te klimmen.
En wanneer de aarde je ledematen zal opeisen
zul je waarlijk dansen.*

Kahlil Gibran

Mijnheer de Rector Magnificus,

Mijne Heren leden van het College van Bestuur en van het Bestuur van de Faculteit der Geneeskunde.

Dames en Heren leden van het Bestuur en de Directie van het Academisch Ziekenhuis.

Dames en Heren leden van het Bestuur en de Directie van de Stichting Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstellingen Rotterdam.

Dames en Heren leden van deze universitaire gemeenschap.

En voorts al diegenen die door hun aanwezigheid blijf geven van hun belangstelling.

Zeer gewaardeerde toehoorders.

1. Inleiding

Reeds Cicero schreef in 'Cato major sive de senectute' dat ouderdom gepaard gaat met toegenomen begrip en rede, matiging en tolerantie, oordeel en inzicht, menselijke waardigheid en wijsheid, als deze krachten door het leven heen zijn geoefend. Hij wijst bovendien op de belangrijke rol van de gemeenschap die het verouderingsproces op vele manieren beïnvloedt.

Hippocrates beschrijft in het Corpus Hippocraticum een neiging tot ziek worden die afhankelijk is van de leeftijd en signaleert bovendien dat het ziektebeloop in de ouderdom arm is aan symptomen. En in meer dan één opzicht wat dichter bij huis: Erasmus ging in 1518 in Encomium artis medicinae uitvoerig in op wat geneeskunde voor de ouderen kan doen, hoewel hij zelf geen medicijnen had gestudeerd. Hij schrijft: 'Een zware last voor de stervelingen is de ouderdom, die men evenmin als de dood ontvluchten kan, maar geneeskundige hulp is vaak in staat de veroudering uit te stellen en de lasten beduidend te verminderen. Want het is geen fabel, maar door meerdere getuigen bevestigd dat de mens de ouderdomszwakte als een slangenhuid kan afstropen en zich weer verjongen kan.'

Al is dan de belangstelling van de geneeskunde voor de ouderdom zo oud als de geneeskunde zelf, toch was het vooral de neuroloog Charcot die in de grote hospices voor oude lieden ervaring opdeed en deze in zijn 'Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques' publiceerde in 1867.

Het begrip geriatrie werd in 1909 ingevoerd door Nascher in een artikel 'Geriatrics' in de New York Medical Record. Vooral in de Angelsaksische landen hebben met name na de tweede wereldoorlog mensen als Marjorie Warren, Trevor Howell, Ferguson Anderson en Exton Smith de geriatrie tot ontwikkeling gebracht. Al snel, in 1948, werd daar het specialisme geriatrie erkend. In 1972 schreef Wilson daarover: 'Although the support it has received

has not always been wholehearted, geriatrics under the Health Service has been a succes story.' Momenteel zijn er 15 leerstoelen in de geriatrie, een kleine 600 gerieters, vele geriatische afdelingen en ontvangen vrijwel alle medische studenten onderwijs in de geriatrie.

In ons land verscheen in 1948 het door Sleeswijk geredigeerde boek: 'De ouderdom, van geneeskundig standpunt beschouwd' dat helaas te snel in de vergetelheid is geraakt. De grote pionier van de geriatrie in ons land was Schreuder, die als internist in Sneek in 1953 met de bejaardenproblematiek in Friesland werd geconfronteerd. In 1959 werd hij hoofd van de afdeling geriatrie in het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal, ongetwijfeld de bakermat van de ontwikkeling in Nederland. Daarnaast hebben ook de verpleeghuizen een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling en verbetering van de geneeskundige zorg voor de ouderen. Vooral in de zestiger en zeventiger jaren meende men de problemen te kunnen oplossen door het bouwen van instituten waarin de bejaarden konden worden verzorgd en verpleegd: verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. Hierop werd vrijwel alle aandacht en energie geconcentreerd, maar dat ging ten koste van de ontwikkelingen in het eerste echelon en in het ziekenhuis. De verpleeghuizen kregen de opvang te verwerken van grote aantallen chronisch lichamelijk en/of psychische zieken, moeilijk reactiveerbare en in terminale stadia verkerende bejaarden, die men in ziekenhuizen of thuis niet meer kon of wilde verplegen en verzorgen. Hiermee werden, en worden nog steeds, voornamelijk achterhoedegevechten geleverd en werd de steeds groeiende problematiek niet wezenlijk, niet structureel aangepakt.

In het begin der zestiger jaren werd door de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie om erkenning van de geriatrie als specialisme gevraagd. Een in 1963 ingestelde commissie wees dit in 1968 af. De in 1974 ingestelde studiec commissie van het Centraal College onder leiding van v.Nieuwenhuizen, kwam najaar 1980 met haar eindrapport, dat in meerderheid de erkenning voorstond. Op 21-12-1982 volgt dan de officiële erkenning van dit specialisme, ingaande op 1-1-1983. Inmiddels was Schreuder in 1968 namens de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie benoemd tot eerste bijzonder hoogleraar in de medische gerontologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Hij werd in 1976 opgevolgd door Hollander, directeur van het Instituut voor Experimentele Gerontologie T.N.O., waar veel belangrijke research wordt verricht, o.m. op het gebied van immunologie, leveronderzoek, tumoronderzoek en geneesmiddelenonderzoek in relatie tot verouderingsprocessen van het organisme. Deze korte historische terugblik leek mij van belang omdat nu aan deze Universiteit voor het eerst behalve medische gerontologie, expliciet de geriatrie in de benoemingsbrief vermeld staat.

Omgaan met veroudering

Achtereenvolgens zou ik willen spreken over:

- omgaan van de maatschappij met de veroudering;
 - omgaan van het individu met de veroudering;
 - omgaan van de geneeskunde met de veroudering,
- waarbij het accent in dit kader op het laatste onderwerp valt.

II. Omgaan van de maatschappij met veroudering

Steeds meer mensen worden oud, steeds meer mensen krijgen met het ouder worden en de ouderdom te maken. Uitgaande van de arbitraire chronologische grens van 65 jaar is het percentage van 65-jarigen en ouder in ons land sedert 1960 verdubbeld en bedraagt nu 12% oftewel plm. 1.700.000 personen. De groep der hoogbejaarden, 80 jaar en ouder, groeit nog sterker. Stellen we het aantal bejaarden van 65 - 69 jaar in 1975 op 100, dan bedraagt dit getal in 2000 : 119, maar voor de 80 - 84 jarigen op eenzelfde wijze 144 en voor de 85 plussers zelfs 184, bijna een verdubbeling dus. In dit kader wordt dan ook gesproken van dubbele vergrijzing en een grijze golf die op ons afkomt. Men schat dat in 2030 21% van onze bevolking ouder dan 65 jaar zal zijn. De 21e eeuw: de eeuw van de vergrijzing? Als dat dan ook nog met ontgroening gepaard gaat, ziet het er somber uit. Maar toch, ons omringende landen als Engeland, 15%, België, 16,2% en W. Duitsland, 16%, hebben we nu reeds het percentage bejaarden in de bevolking dat wij in 2000 bereiken, en overigens in onze grote steden ook al is bereikt.

Er is dus allesbehalve reden tot paniek en we moeten er zeker geen probleem van maken. Het is toch een enorme verworvenheid dat de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte nu voor een meisje 79,5 jaar en voor een jongen 73,0 jaar is (C.B.S.). De beleving van de ouderdom wordt voor een groot deel bepaald door maatschappelijke omstandigheden en de cultuur. Romano Guardini zei hierover: 'Het behoort tot de bedenkelijkste verschijnselen van onze tijd dat waardevol leven wordt gelijkgesteld met jong en gezond zijn.' Het beeld van de bejaarde in onze prestatie-gerichte maatschappij is nogal negatief, terwijl dé bejaarde niet bestaat, mede door de sterke individualisering die optreedt naarmate de leeftijd vordert. We verwonderen ons dan ook als we een hoogbejaarde ontmoeten die nog in alle opzichten vitaal is. Merkwaardig: van kinderen zeggen we dat ze àl iets kunnen, van bejaarden dat ze nóg iets kunnen. Er zijn onder de ouderen zeer veel gezonde en capabele mensen die bereid zijn om actief deel te nemen aan het maatschappelijk gebeuren. Door het stellen van leeftijdsgrenzen worden ze evenwel knap gediscrimineerd. Zelfs een hoogleraar in de medische gerontologie moet op z'n 65e verdwijnen! In z'n algemeenheid is dat een schromelijke onderschatting van met name de waarde van ervaring. Ervaring, in het verleden opgedane kennis en kunde veroudert in onze maatschappij snel, de technologie achterhaalt veel. Maar levenservaring,

omgaan met teleurstelling, verdriet, handicap; leed en verlies verwerkt hebben is en blijft toch uitermate waardevol. Onze negatieve stereotypen zijn voornamelijk gebaseerd op de kleine groep bejaarden die in moeilijke lichamelijke, psychische en sociale omstandigheden verkeren en vaak in instituten als verzorgingstehuizen – bijna 8% – en verpleeghuizen – 2,5% – zijn opgenomen. Het overgrote gedeelte – ruim 89% – van onze ouderen woont evenwel zelfstandig en daarvan beschouwt ruim 80% zich gezond of redelijk gezond en heeft vrijwel niemand stoornissen in de Activiteiten van het Dagelijkse Leven, ook wel A.D.L. stoornissen genoemd. De maatschappij doet evenwel onvoldoende beroep op deze groep medeburgers. Veel te weinig is men begonnen dáár te helpen waar de bejaarde zich bevindt en meestal ook het liefste, in een al dan niet ondersteunde zelfstandigheid, wil blijven. De ouderdom wordt gemarkeerd door de pensionering, het gedwongen ophouden met werken, nú door de omstandigheden vaak nog vervroegd, dat betekent rolverlies, statusverlies, verschraling van het relatienetwerk. Bovendien neemt het aantal alleenstaanden (ongeh., we., gesch.) sterk toe met het stijgen van de leeftijd. Van 80 t/m 84 jaar is nog maar bijna 60% van de mannen en nog 19% van de vrouwen gehuwd, maar in de groep van 85 jaar en ouder is dat resp. ruim 38% en 8%. Deeltijdarbeid en flexibele pensionering zouden zeker te prefereren zijn, temeer waar ook de financiële positie, het inkomen en het bestedingsniveau in het geding is. Zo is het inkomensverlies bij de A.O.W. en A.W.W. sedert 1980 al 13%, de eigen bijdrage aan medicijnen f 125,— per jaar, gasprijverhogingen en tariefverhogingen van het openbaar vervoer maken de koopkracht nog minder. 21% van de zelfstandig wonenden vindt dan ook hun inkomen te laag (C.B.S. '84). Als men zelfstandigheid wilt bevorderen, moet je dat ook mogelijk maken. De maatschappelijke verdeling van inkomen is waarschijnlijk de meest bepalende factor voor de gehele volksgezondheid (Brenner). En van der Maas schreef hierover: 'Bij de huidige economische ontwikkeling is het debat over de verdeling van de welvaart en over de sociale minima van veel groter belang voor de volksgezondheid dan het debat over de sluiting van een aantal ziekenhuizen.' Groen, ook een van de strijders voor een goede geneeskundige zorg voor bejaarden, zegt: 'Ieder geriatisch preventief programma moet dus beginnen met bestrijding van armoede en de sociale geneeskunde heeft geleerd hoeveel eugeria (optimaal ouder worden) alleen al daarmee te bereiken is.' In het rapport over de Leefsituatie van de Nederlandse Bevolking (C.B.S. '83) lezen we evenwel dat meer dan de helft van de bejaarden een netto jaarinkomen heeft lager dan f 20.000,—. Ze zijn in nog meer opzichten achtergesteld t.o.v. andere bevolkingscategorieën: ruim de helft van hen heeft na de lagere school geen verdere opleiding gevolgd, ze wonen in relatief oude woningen, ontplooiën in het algemeen weinig activiteiten en gaan minder vaak op vakantie dan jongeren. Met name in de grote steden gaan ouderen 's avonds opvallend weinig uit; uit angst voor diefstal, molestatie e.d. Niet aangepaste huisvesting (trappen), verminderde mobiliteit, gehoor en gezichtsstoornissen bemoeilijken ook het zo noodzakelijke contact met de

omgeving, zodat ze geïsoleerd raken en kunnen vereenzamen. In de rapportage met betrekking tot de aanvraag voor opnemings in verzorgingstehuizen in Rotterdam vielen mij als meest frekwent voorkomende gegevens de evenwichtsstoornissen met duizeligheid en vallen en de eenzaamheidsproblematiek sterk op.

De genomen initiatieven tot allerlei vormen van samenwonen, groeps- of gemeenschapswoningen, zoals in Herpen en Enschede, zijn daarom zeer toe te juichen. Initiatief en inventiviteit kan ons uit de vastgeroeste patronen helpen. De wortel van het probleem is niet gebrek aan geld, outillage of personeel, maar een onderwaardering van de ouderdom, een attitude die we ook aantreffen onder de professionele helpers. Een literatuuronderzoek van Mulder toonde aan dat studenten in verschillende geneeskundige beroepen, jonge verpleegkundigen en jonge artsen, moeite hebben met het omgaan met patiënten van hoge leeftijd. Is hier sprake van gerontophobie? In onze opleiding zullen wij daar terdege aandacht aan moeten besteden. Bovendien moeten we er in toenemende mate rekening mee houden dat we samen leven met andere culturen en religies, met hun eigen opvattingen over en waardering van ouderdom en sterven.

Emancipatie van ouderen is hoogst noodzakelijk, evenals onderlinge solidariteit. Gelukkig doen de in het Centraal Orgaan Samenwerkende Bejaarden Organisaties (C.O.S.B.O.) samenwerkende bejaardenbonden daar al het nodige aan. Zij moeten bewerkstelligen dat er geen beslissingen over hen worden genomen zonder hen. De ouderen moeten zoveel mogelijk zelf aangeven wat hun wensen en behoeften zijn, welke hulp ze nodig hebben, welke voorzieningen ze willen. En laten we wel bedenken dat verreweg de meesten onzer ook een hoge leeftijd zullen bereiken. Als we ons daar nu eens op voorbereiden en de voorzieningen en omstandigheden mee helpen realiseren die we dan graag zouden willen. In onderlinge solidariteit moet de maatschappij positiever, menselijker leren omgaan met veroudering.

III. *Individuele veroudering*

Er bestaat een grote wisselwerking tussen de veroudering van het individu en diens omgeving in de ruimste zin des woords. Het kan dan ook niet uitblijven dat er overlappingen zitten in de bemerkingen daarover met het voorgaande en het volgende. Ouder worden is de resultante van een complex op elkaar inwerkende factoren, die globaal enerzijds de biologische en anderzijds de omgevings- of sociologische factoren zijn. De wijze waarop het individu met dit proces omgaat, bepaalt het proces van het ouder worden, aldus Munnichs, die op het gebied der psycho-gerontologie, maar daar niet alleen, een grote stimulator was en is voor het gerontologisch onderzoek in ons land. Vooral in overgangssituaties, zoals puberteit, climacterium, pensionering, partnerverlies, wordt veel van het aanpassingsvermogen gevraagd. De levensloop met daarin

belangrijke gebeurtenissen is dan ook mede bepalend voor het gedrag op oudere leeftijd, dat uiteraard een zeer grote heterogeniteit vertoont. De ouderen onder ons hebben bovendien in zeer korte tijd diep ingrijpende veranderingen in cultuur, maatschappij en religie moeten verwerken. Hoe ouder mensen worden, des te groter meestal de individuele verschillen. Bij gelijk blijvende erfelijke factoren worden met het klimmen der jaren de onderlinge verschillen steeds groter doordat de beïnvloeding door het sociale en biologische milieu voor ieder individu anders is en dit steeds meer tot uitdrukking komt. Dat vraagt derhalve naast een goed inzicht in de situatie om een individuele benadering. De een zal wat afstand nemen, zich terugtrekken uit allerlei taken, de ander zal z'n heil zoeken in veelal nieuwe activiteiten, maar meestal is het van beide iets, in wisselende percentages.

Ouder worden is een confrontatie met een proces van veranderingen dat zich bij mensen voordoet. Lichamelijke veranderingen, psychische veranderingen, veranderingen in de sociale positie, verandering van rol binnen de familie, pensionering, verandering in het relatie-patroon, confrontatie ook met de eindigheid van het leven. Behalve veranderingen in de persoon zijn er ook veranderingen in diens omgeving, veranderingen die tevens op elkaar kunnen inwerken. Het is een actief proces om zich met de gegeven levenssituatie te verstaan, deze te aanvaarden: ook wel de coping capability genoemd. Verhoeven zegt hierover: 'Wie zichzelf niet aanvaardt zoals hij zich heeft gemaakt en is geworden, zal het op z'n oude dag wel moeilijk krijgen.' Het is een ontwikkelingsproces gedurende de gehele levensloop, dat kan resulteren in een zinvolle levensvoltooiing, zelfs ondanks de eventuele handicaps. Het is ook een loslatingsproces, waarbij het leren relativeren een grote rol vervult. Men heeft leed en verlies verwerkt en dat is winst, dat is ervaring. Dit alles kan in positieve zin leiden tot een hernieuwd engagement, met veel inhoud voor de betrokkene, maar ook voor diens omgeving en de maatschappij. Rümke zei hierover: 'Het seizoen is gesloten maar men is nog gebleven. Niet afgeleid door het geroes van het volle seizoen bereikt de oude mens een dieper inzicht en intenser toenadering.' Men dient geïntegreerd te blijven in de samenleving en daar zelf toe bij te dragen. Ook hier is sprake van een wisselwerking. Onze identiteit wordt niet bepaald door de chronologische leeftijd. Marguerite Yourcenar zei daarvan heel treffend: 'Ik voel mezelf van geen enkele leeftijd.' De contacten met familie, vrienden, buren en kennissen zijn daarbij uitermate relevant. In de meeste gevallen is er een intensief contact tussen de generaties, maar het percentage echtparen met kinderen thuis neemt af met het stijgen van de leeftijd van het hoofd van het gezin. Kinderen gaan veel eerder uit huis, het aantal kinderen is sterk afgenomen, terwijl de vrouw meer deelneemt aan het arbeidsproces. De verwachting is bovendien dat in 2000 waarschijnlijk ongeveer 25% van de ouderen geen kinderen hebben en dan ook kleinkinderen naar mijn mening node zullen missen. De communicatie in dorpen, in kleine gemeenschappen, is heel wat makkelijker dan in de torenflats van de grote steden. Naarmate men ouder wordt, neemt het aantal sociale contacten af. Thomae en

Lehr wijzen er in hun onderzoeksresultaat op dat harmonieuze familierelaties een sterke correlatie vertonen met een lichamelijk en geestelijk welbevinden. De kwaliteit van de sociale contacten is belangrijker dan de kwantiteit. Het is erg essentieel dat men ervaart nog iets voor anderen te kunnen betekenen, door anderen te worden gewaardeerd, men kan ook zelf nieuwe contacten maken. We kunnen het ons in de samenleving niet veroorloven de vaardigheden en verworvenheden van een groot deel der bevolking te verwaarlozen. Als de verworvenheden van de ouderdom niet au serieux worden genomen en men slechts het beeld van achteruitgang en aftakeling voor ogen heeft, zal de integratie van ouderen in onze samenleving nooit lukken. Gelukkig zijn er nu initiatieven om op de scholen de jeugd vertrouwd te maken met de positieve kanten van het verouderen, met het wegnemen van de vele vooroordelen, om hen voor te bereiden op deze zinvolle levensfase. 'Er is niet alleen een opvoeding nodig voor de volwassen leeftijd, maar evenzeer ook voor de ouderdom. Slaagt deze, dan kan het leven van bejaarden tot een bekroning en vervulling worden.' (Sleeswijk). De ouderdom heeft een eigen onvervangbare gedaante. De rijpe mens kan in een activistische samenleving de onmisbare contemplatie vertegenwoordigen (Verhoeven).

IV. Het omgaan van de geneeskunde met de veroudering

Voor de omschrijving van het verouderingsproces zou ik Makinodan willen volgen, die schrijft: 'Veroudering is een tijdsafhankelijk proces dat tenslotte resulteert in een minder adequaat reageren van het intacte organisme op prikkels uit de omgeving, hetgeen gepaard gaat met een verhoogde sterftekans.'

Het verouderingsproces is niet pathologisch, maar fysiologisch en een onderdeel van de biologie. Veroudering begint in verschillende organen op verschillende tijdstippen met individuele variaties. Zenuw- en spiercellen verouderen langzamer dan b.v. bindweefsel en kraakbeen. Het betekent voor vele lichaamsfuncties achteruitgang. We kunnen minder snel lopen, minder goed horen en zien, we hebben een minder goede nierfunctie, terwijl de maximale ademcapaciteit tussen de 30 en 65 jaar tot de helft daalt. Dit progressieve verlies van functies in de tijd veroorzaakt ook een verminderde reservecapaciteit, men wordt meer kwetsbaar, het evenwicht wordt eerder verbroken. Medische gerontologie omvat nu al die wetenschappen die zich bezig houden met en onderzoek doen naar de fysiologische verschijnselen die zich in orgaansystemen, organen, weefsels en cellen voordoen gerelateerd aan het voortschrijden met de tijd (van Zonneveld). De geriatrie is meer een toegepaste wetenschap, die evenwel de basiswetenschappen van de gerontologie hard nodig heeft om adequaat te kunnen handelen. In dit kader zou ik niet nader willen ingaan op allerlei verouderingstheorieën, noch op het zo noodzakelijke en waardevolle onderzoek op dit en aanverwante terreinen. Dit

veel te weinig gesteunde onderzoek is essentieel om het verouderingsproces te vertragen en in z'n nadelige gevolgen te beperken. De overheid moge ook hier bedenken dat de kost voor de baat uitgaat. Het lijkt niet uitgesloten dat we de biologische tijdsklok, die nu maximaal 110-120 jaren loopt, kunnen manipuleren. Maar vooralsnog lijkt het mij beter de huidige gemiddelde levensduur zo optimaal mogelijk te kunnen benutten.

Geriatricie

Het blijkt moeilijk hiervoor een goede definitie te geven. Door die van de British Geriatric Society en die van Hellemans c.s. te combineren, krijgen we de volgende omschrijving: Een onderdeel der geneeskunde dat zich richt op de preventie, de diagnostiek en de behandeling van een complex ziektebeeld bij de veelal kwetsbare: (hoog)bejaarde, dat gepaard gaat met achteruitgang van lichamelijk en/of psychisch functioneren en dat vaak vergezeld gaat van een ontregelde sociale situatie. Nadrukkelijk wordt hier de kwetsbaarheid genoemd, de complexiteit van het ziektebeeld, de functiestoornissen en de sociale complicaties. Op het grote belang van de beoordeling van ziektes en stoornissen naar hun gevolgen voor de patiënt, heeft in ons land Leering al geruime tijd geleden gewezen.

Het gaat om het gestoorde menselijk functioneren, gezien tegen de biologische, psychische en sociale context van de dalende levenslijn. Het is een stuk integrale geneeskunde, een holistische visie als u wilt, die vooral in onze verpleeghuizen naast de pionierende centra in algemene ziekenhuizen, gestalte heeft gekregen. Geriatricie is dan ook teamwerk bij uitstek. Vanuit de definitie zijn een aantal nadere kenmerken te noemen:

- de multiple pathologie die zeker een aantal chronische aandoeningen omvat;
- de validiteitsstoornissen op somatisch en psychisch vlak;
- multiple kwetsbaarheid door een labiel evenwicht, waardoor kleine oorzaken grote gevolgen kunnen hebben;
- een atypische symptomatologie, hetgeen nogal eens symptoom-armoede betekent; Hippocrates wees daar al op!
- een ontregelde sociale situatie (onvoldoende wooncomfort, verschraling of wegvallen van contacten, geen of onvoldoende hulp, onvoldoende financiële mogelijkheden en vereenzaming);
- veranderde, meestal verhoogde gevoeligheid voor medicijnen en dat terwijl de bejaarden 25-30% van het geneesmiddelengebruik voor hun rekening nemen;
- een verhoogd risico voor complicaties en een vertraagde herstelperiode;
- vaak snel optredende verwardheid;
- afgenomen pijn, honger en dorstgevoel.

Als we al deze kenmerken bezien, dan is het evident dat niet iedere oudere, iedere 65 plusser een geriatricische patiënt is. Gelukkig niet, het zijn meestal hoogbejaarden. Maar laten we wel bedenken dat ook zij in grote meerderheid

niet per definitie onder deze categorie vallen. Het accent van onze zorg in opvoedende, preventieve en curatieve zin dient in het eigen milieu te liggen. Gezondheidsvoorlichting en opvoeding moet al vroeg beginnen, onder meer omdat een van de oorzaken van vervroegde veroudering de exogene schadelijke factoren zijn, zoals te weinig bewegen, te veel eten, te veel drinken en roken. Naar mate dat langer wordt gedaan, is de schade groter en zit men op hogere leeftijd met de brokken. Daar kan veel aan worden gedaan door de publiciteitsmedia, maar ook door de deskundigen die met de mensen in contact komen, zoals de huisarts en de wijkverpleegkundige. In dit kader is ook de ongevalpreventie thuis en in het verkeer van groot belang. Bij de jeugd en bij de bejaarden vallen namelijk de meeste slachtoffers. Nodig zijn natuurlijk goede huizen met adequate verlichting en verwarming en bad- of douchegelegenheid. Onderzoek van Burger en Molenhoek heeft aangetoond dat bejaarden hun eigen maten hebben voor meubilair en woonaccommodatie.

Bij de bezoeken aan de huisarts zou deze ook routinematig kunnen anticiperen: bijvoorbeeld tensie bepalen, bloed- en urine-onderzoek, eventueel inspectie van oren en ogen en zich oriënteren omtrent het functioneren van de bejaarde in eigen omgeving. Door het zgn. IJsbbergfenomeen komen lang niet alle klachten aan de oppervlakte, de huisarts wordt niet gewaarschuwd, 'het is de oude dag en er is toch niets meer aan te doen.' Fuldauer en Tonino hebben in hun onderzoek aangetoond dat er zo veel ziekten en aandoeningen onbekend en dus onbehandeld blijven, resp. 40% en 64%. Onder de door bejaarden niet gerapporteerde kwalen treden vooral visus- en gehoorstoornissen, voeteuvels, mictiestoornissen, anaemie, diabetes, depressie en dementie op de voorgrond. Wat dat bezoek aan de huisarts betreft, liggen er voor de (hoog)bejaarden nogal wat problemen.

De afstand en het vervoersprobleem zijn vaak een drempel voor de bejaarde, evenals wisselende artsen in groepspraktijk, avond- en weekenddiensten. Een centraal, duidelijk herkenbaar 'drempelloos' informatiepunt en goede voorlichting kunnen hierbij eigenlijk niet worden gemist. Tijd maken is eveneens van belang, vooral tijd om te luisteren, anders is het recept al geschreven om een symptoom te behandelen en blijft de problematiek, die nogal eens op een ander vlak ligt, onopgelost. Nog steeds geldt wat de gerontoloog Vischer al in 1961 schreef: 'Zum Verständnis des alten Menschen gelangen wir nur wenn wir mit seiner Umgebung in weitestem Sinne vertraut sind.' Het is voor de arts, en niet alleen voor de huisarts, nodig dat deze zich op de hoogte stelt van de functionele capaciteiten in lichamelijk en psychisch opzicht. Hoe staat het met de mobiliteit, de activiteiten van het dagelijks leven, de zelfredzaamheid, de sociale contacten. Hoe is de woonsituatie, de financiële situatie, de relatie met kinderen en burens en last but not least: welke medicijnen worden er gebruikt. Om deze reden is het dan ook beter de bejaarde, zeker de hoogbejaarde, thuis te bezoeken om een beeld te krijgen van de totale situatie. Bij een goede medische registratie kent toch iedere huisarts deze mensen, zeker als ze verhoogde risico's lopen zoals na ontslag uit ziekenhuis of verpleeghuis,

na verlies van een dierbare, mensen die hun hele leven al met de gezondheid hebben getobt of in sociaal dan wel economisch opzicht tot de zeer kwetsbaren behoren. Deze met een zekere regelmaat te bezoeken is een belangrijk stuk preventie. Men roept nu vaak pas in crisissituaties, als het (te) laat is. Dit pleit ook voor kleinere huisartsenpraktijken, zeker als we naar de toekomst kijken, waarbij een op de vijf tot vier nederlanders bejaard is. De huisarts behoeft dit overigens niet alleen te doen; inschakelen van wijkverpleegkundige en maatschappelijk werk is nogal eens geboden. Zoals gezegd: bejaardenzorg is teamwerk. Men moet a.h.w. tot een probleemlijst komen, om van daaruit probleemoplossend te werk te gaan. De wijkverpleegkundige zou in dit preventieve kader, zoals door onderzoek ook al is aangetoond, nuttig werk kunnen doen door bij huisbezoek een surveillance-schema te hanteren dat een indruk geeft omtrent individuele- en omgevingscriteria en de mate van hulpverlening. Tot de individuele criteria zijn te rekenen: de lichamelijke en geestelijke toestand, de mobiliteit, de zelfverzorging en de milieuoctiviteiten. Tot de omgevingscriteria: de relaties, het sociale contactpatroon en de woonomstandigheden. Bijtijds kunnen dan in overleg met de bejaarde die maatregelen genomen worden die nodig zijn, zoals bezoek aan of van de huisarts, aanpassing van de woning, zorgen voor contacten of hulp e.d. Erg belangrijk is de hulp van de gezinszorg, daar staat of valt soms alles mee. Deze zou in principe 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar moeten zijn, dat geeft veel steun en zekerheid aan het thuisfront. Zo veel mogelijk moet worden overgelaten aan de bejaarde zelf en/of dienst familie en we moeten bovendien oppassen niet alles te willen medicaliseren. De huisarts kan ook gebruik maken van een eenmalig multidisciplinair onderzoek in het verpleeghuis, zoals door Willemse en Brouwer beschreven. In dit kader is het denkbaar adviesbureau's te verbinden aan verpleeghuis, verzorgingstehuis, wijk- of dienstencentrum, om na onderzoek door meerdere disciplines een advies aan de huisarts te kunnen uitbrengen. Niet een vervanging van de huisartsenhulp, maar een aanvulling. Al zullen de meningen hierover verdeeld zijn, toch ben ik er van overtuigd dat als we patientgericht denken en handelen in flexibiliteit, er veel mogelijk is, hetgeen dan overigens wel op z'n doeltreffendheid moet worden geëvalueerd. Ook van de mogelijkheid de specialist thuis in consult te roepen zou men weer veel meer gebruik moeten maken. In het algemeen: outillage en deskundigheid van de institutionele gezondheidszorg zo veel mogelijk ten dienste stellen van de mensen thuis. Eigenlijk zou, acute situaties uitgezonderd, niemand mogen worden opgenomen als niet de thuissituatie grondig is onderzocht en alternatieven onmogelijk blijken. Steeds moeten we proberen met een minimale interventie de bejaarde en eventueel diens verzorgenden te ondersteunen. Begonnen met een poliklinische nacontrole fungeert er al sedert 1966 een geriatrische polikliniek in Rotterdam. Dit initiatief van Braadbaart c.s. strekt zich nu uit tot nazorg, verwijzing door huisartsen, sociaal psychiatrische dienst en G.G. en G.D. om advies. Er zouden meer van deze geriatrische poliklinieken moeten komen, waarbij verschillende disciplines samenwerken om zo tot een

gewogen advies te komen en onnodige opname in een instituut te voorkomen. Ook aan het Dijkzigt ziekenhuis hoop ik een dergelijke polikliniek te kunnen realiseren, dat is van belang voor het eerste echelon, voor het ziekenhuis, maar ook voor onderwijs en research. Deze advies en beoordelingsmogelijkheden behoren naar mijn mening in ieder geval te worden benut vóór opname in verzorgingstehuis of verpleeghuis. Met name vóór opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis is dat een absolute vereiste. Nog een te groot percentage (25-35%) wordt ten onrechte geïnstitutionaliseerd en dat is zeer traumatisch en dramatisch. Gelukkig is er wat dit betreft in het Rotterdamse een goede samenwerking tussen de plaatsingscommissie, de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.), de dienst Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne (S.P. en G.H.), de Sociaal Geriatrische Dienst (S.G.D.), het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.A.G.G.) en de screeningcentra. Dat onderzoek moet dan worden gedaan door geriatrisch geschoolde artsen, paramedici en verpleegkundigen, terwijl men een beroep moet kunnen doen op de geriatrische polikliniek en andere geneeskundige specialisten en de psycholoog. Vanzelfsprekend is daarbij een milieuonderzoek van de maatschappelijk werkende onontbeerlijk. Veel van de afhankelijkheid van oude mensen wordt immers door de omgeving veroorzaakt. Die omgevingsfactor moeten we dus goed kennen.

Het zij nogmaals gezegd: het gaat er niet om alle ouderen op deze wijze aan een onderzoek te onderwerpen, maar degenen die in de problemen dreigen te komen of zijn gekomen, met het doel opname te voorkomen en alternatieven aan te reiken om zich in het eigen milieu goed te kunnen handhaven. De zorgeenheid omvat de bejaarde en diens verzorgenden (echtgenoot(e), kinderen, familie, vrienden, bureu). Zorg voor en begeleiding van degenen die vaak de zwaarste last moeten dragen, is essentieel. De hulp van vrijwilligers (b.v. Unie van Vrijwilligers en Zonnebloem) is een uitermate welkome aanvulling bij de hulpverlening.

Aangeboden en verder te ontwikkelen tussenoplossingen zijn de hulp en dienstverlening van het verzorgingstehuis en het verpleeghuis aan de wijk. Het verzorgingstehuis kan dat o.m. doen door het verschaffen van maaltijden, badgelegenheid, pedicure, sociaal-culturele activiteiten en het bieden van de mogelijkheid tot kortdurende opname. Het verpleeghuis kent de dagbehandeling, waarbij de outillage en deskundigheid tendienste staan van ouderen die niet opgenomen behoeven te worden. Dit ontlast het thuisfront, voorkomt opname of stelt deze uit en biedt de bejaarde nieuwe contacten. Ook kan het verpleeghuisteam consultatieve diensten verlenen, de mogelijkheid realiseren van snelle opname, zoals b.v. bij patiënten in terminale situaties nodig kan zijn, eveneens maaltijden verstrekken, en z.g. vakantieopnames realiseren wanneer de verzorgenden met vakantie gaan of door ziekte tijdelijk uitvallen. Bovendien zouden we en in het verzorgingstehuis en in het verpleeghuis de familie zo veel mogelijk bij de zorg- en hulpverlening kunnen betrekken. In het kader van de terminale zorgverlening hebben

we daar in Antonius-IJsselmonde goede ervaringen mee opgedaan. Het hoeft toch niet zo te zijn dat bij opneming alle zorg van de naaste familie ophoudt en deze volledig voor rekening van het instituut komt. Trouwens de zorg dient óók in de instituten geïndividualiseerd te worden, met name om de zelfstandigheid te bevorderen. We moeten de institutionele sfeer doorbreken en de opgenomenen zoveel mogelijk in contact houden met hun normale relatiepatroon. Er blijkt veel mogelijk als we creatief zijn en deze creativiteit wordt mogelijk gemaakt. De tussenoplossing die b.v. de Landrijt in Eindhoven beproeft met groepswonen van geestelijk gehandicapte bejaarden onder begeleiding, is daarvan een hoopgevend voorbeeld. Een aantal ingeslopen en al ingeslepen automatismen zal dan moeten verdwijnen; een mentaliteitsverandering is nodig. Het is belangrijk voorzieningen weer terug te brengen dichtbij de ouderen en bij voorkeur de hulp door de eigen omgeving te doen verlenen. Dat gaat vervreemding tegen en bevordert de herkenbaarheid. Het wordt anders erg onpersoonlijk en dat leidt er toe dat we de verantwoordelijkheid eerder naar derden doorschuiven.

Blijkt ondanks alle hulp en dienstverlening aan de bejaarde en diens verzorgenden in eigen omgeving toch opneming nodig, dan dient dit te worden voorafgegaan door een gedegen onderzoek. In dit verband valt er nog wel wat aan te merken op de huidige gang van zaken rond de opneming in verzorgings-tehuizen. De maatschappelijke rapporten zijn althans in Rotterdam voortreffelijk, maar de aanvullende informatie over de gezondheidstoestand meestal zeer summier en onvoldoende. Overigens is een soepele hantering van het indicatiesysteem geboden. De bejaarde mag niet tussen de wal en het schip vallen. Zonder een goede diagnostiek bedrijft men geen verantwoorde geriatrie. De genoemde beoordelingspoliklinieken kunnen hierbij behulpzaam zijn, evenals aan de ziekenhuizen gevestigde geriatrische poliklinieken. Dat geldt zoals gezegd eveneens voor de opneming in een verpleeghuis, hetgeen veelal een zeer ingrijpend gebeuren is, zeker in de psychogeriatric. Zo'n opneming moet dan ook goed worden voorbereid en begeleid, waarbij overleg met patiënt en familie en het geven van goede voorlichting geboden is. Een continuum van zorgverlening is daarbij onmisbaar, dat veronderstelt goede samenwerking met name in het persoonlijke vlak, goede en tijdige communicatie en het kennen van de 'sociale kaart' in de regio.

Het verpleegtehuis heeft in de gezondheidszorg voor ouderen een geheel eigen taak voor:

- patiënten met moeilijk reactiveerbare aandoeningen, waarbij wordt gepoogd weer een voldoende zelfstandige relatie in en met de samenleving mogelijk te maken;
- de chronisch zieken, hier wordt getracht zoveel mogelijk hun ontplooiingsmogelijkheden te stimuleren en hun identiteit te respecteren. Daartoe wordt in teamverband steeds gepoogd de afhankelijkheid te verkleinen;
- de terminale patiënten waarbij men poogt een dusdanige hulp en begeleiding

te geven dat ze hun eigen unieke dood kunnen sterven temidden van degenen die ze daar graag bij willen hebben;

- psychogeriatrische patiënten waarvoor in principe hetzelfde geldt. Er wordt geprobeerd ze te stimuleren, actief te houden, hun zo veel mogelijk herkenningspunten te geven en waar mogelijk minder afhankelijk te maken.

Nu de bewoners van de verzorgingstehuizen steeds ouder worden, gemiddelde leeftijd 83, en de criteria voor opname strenger, komt het verzorgingstehuis t.a.v. bepaalde aspecten dicht bij het verpleeghuis. Het verpleeghuis zou haar deskundigheid meer ten dienste van het verzorgingstehuis kunnen stellen om dit te ondersteunen, in de poging de bejaarde niet onnodig te hoeven verplaatsen. Vanzelfsprekend is de dagbehandeling daarbij een goed hulpmiddel. Een goed middel zou ook zijn de wettelijke en financiële kaders onder één noemer te brengen. Een samengaan van de opnamecommissies voor bejaardenoorden met die van de verpleeghuizen lijkt geboden. Daarbij blijft het van essentieel belang dat er goed vooronderzoek plaats vindt en de alternatieve mogelijkheden worden onderzocht.

Op deze plaats wil ik graag vanuit een 25-jarige ervaring mijn grote waardering uitspreken voor de velen die zich voor de bewoners en patiënten van deze instituten met veel menslievendheid hebben ingezet en dat nog steeds doen, met name de bajaarden- en ziekenverzorgenden. De verpleegkundige zorg is de kurk waarop de geriatrie drijft, zowel in acute als in chronische situaties.

Nog een enkele opmerking over de moeilijke problematiek rond de psychische stoornissen bij oudere mensen. Het gaat hierbij om een verstoring van het mens-milieu evenwicht, veelal resulterend in een gedragsstoornis.

Onder de door bejaarden niet gerapporteerde kwalen komen zoals gezegd depressie en dementie veelvuldig voor. De meest voorkomende psychische stoornis bij bejaarden is de depressie. Onder alle psychische afwijkingen in de ouderdorm zijn meer dan 25% depressies. Bovendien is de relatie met somatische aandoeningen groot, nl. in 85% van de gevallen, terwijl 40% van de somatische ziekten bij bejaarden depressief wordt gekleurd. Depressie doet zich nogal eens voor als een dementie en vertoont daarmee overlappingsen. Het is derhalve van het grootste belang dat hier wordt gedifferentieerd, temeer omdat de depressie meestal goed behandelbaar is.

Dementie is een geheel van gestoorde functies, die het contact met de medemens en het functioneren als oudere in de maatschappij zodanig belemmeren dat de patiënt in te grote mate afhankelijk wordt van hulpverlening (Cahn). Er zijn verscheidene oorzaken voor het optreden van dementie. Belangrijke factor is de grote invloed van de omgeving, daarnaast is de levensloop en de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt van belang. De dementia senilis van het type Alzheimer heeft een met de leeftijd stijgende prevalentie. Er wordt wel gezegd dat er een sluipende epidemie van het Alzheimer type op komst is. Ter Haar schat het aandeel van de dementia senilis van het type Alzheimer in het totaal van de dementiële syndromen op 54%. Van het grootste belang is

het dus om te bepalen of we te maken hebben met een ziekte (auto-immuun-genese, slowvirus theorie) of het onafwendbare gevolg van veroudering. Gelukkig lijkt het eerste waarschijnlijker en het initiatief van Ter Haar, die al veel voor deze categorie patiënten heeft gedaan, om tot gericht onderzoek te komen, verdient dan ook alle steun.

De verzorgende(n) worden meestal voor zware problemen gesteld, ze moeten goed worden voorgelicht over de verschijningsvormen en hoe daar mee om te gaan. Ze dienen bovendien te worden gesteund en begeleid. De tolerantie van de omgeving speelt een grote rol. Het is vooral van belang tijdig te signaleren en hulp in te roepen. De zorgenheid bestaat ook hier uit patiënt en milieu. Dagbehandeling kan goede hulp bieden, terwijl dat tevens de gelegenheid tot observatie biedt. Ook de naaste familie en vooral de partner van een opgenomen patiënt behoeft onze aandacht en dikwijls steun en begeleiding. Het is te hopen dat op universitair niveau aan deze indringende problematiek in patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek de nodige aandacht wordt besteed.

De geriatrie in het algemeen ziekenhuis

De erkenning van het specialisme is een groot goed, de realisering van klinisch geriatrische zorg een even groot probleem. De ziekenhuispopulatie vergrijsst sterk, in 1982 werd op 35,5% van de gebruikte bedden een bejaarde patiënt aangetroffen, vijftien jaar eerder was dit 23%, aldus Hoogendoorn. Bovendien is hun gemiddelde verpleegduur relatief lang en hun opnamefrequentie tamelijk sterk gestegen. De ontwikkeling van het medisch kennen en kunnen heeft ook voor ouderen nieuwe behandelingsmogelijkheden opgeleverd. Dat geeft trouwens ook verplichtingen. Wanneer nu opgemerkt wordt dat bepaalde ziekenhuisafdelingen een hoog percentage bejaarden hebben, dan betekent dat n.m.m. nog niet dat er geriatrische hulp wordt verleend in de bovenbedoelde zin. Lang niet alle ouderen zijn geriatrische patiënten en die het wel zijn, behoeven een specifieke aanpak. Doel is dat deze patiënten hun maximale onafhankelijkheid, hun functionele capaciteit behouden of herwinnen. Dat vraagt om een speciale attitude van respect en geduld, dat vraagt om rustig overleg met de betrokkene en/of diens familie, om het stellen van prioriteiten, het afwegen van diagnostische procedures tegenover het te verwachten effect, dat vraagt ook om de patiënt te motiveren, hem bereikbare doelen voor ogen te stellen. Natuurlijk is er binnen dit kader goede diagnostiek nodig, maar ook een evaluatie van de psychische toestand, de sociale omstandigheden, de hulpmogelijkheden thuis en van het eerste echelon. De eventuele handicap is erg essentieel; revalidatie-arts, fysio- en ergotherapeut zullen dan ook vaak al vroeg moeten worden ingeschakeld, evenals het maatschappelijk werk. Nodig kan zijn de hulp van diverse orgaanspecialisten (gehoor- en visusstoornissen b.v.) maar ook van psycholoog of psychiater. Idealiter is er een goede probleemstelling met achtergrondinformatie van de huisarts. Dat vergt, dat zal u duidelijk zijn, heel nadrukkelijk teamwerk van

specialisten, verpleegkundigen, paramedici e.a. Het ontslag moet als het ware bij de opname al worden voorbereid. Dat vraagt ook om een stuk coördinatie, om management van de problematiek en om goede relaties met het onmisbare achterland: eerste lijnszorg, verzorgingstehuizen en verpleeghuizen.

Deze lang niet uitputtende opsomming van de situatie vormt nu het kader waarbinnen de klinisch geriater werkt. Deze aanpak is naar mijn mening in algemene ziekenhuizen niet gebruikelijk. Of dit nu als functie in het ziekenhuis moet worden ingebracht dan wel op een aparte afdeling, is een omstreden zaak, die nader dient te worden onderzocht. Ik ben echter van mening dat zeker in een academisch ziekenhuis i.v.m. opleiding en onderzoek een dergelijke afdeling niet kan worden gemist. Enkele ziekenhuizen in ons land hebben een geriatrie afdeling: uiteraard Zonnestraat, het Slotervaart ziekenhuis, het gemeente ziekenhuis in Arnhem, streekziekenhuis Gooi-Noord en het St. Joannes de Deo in Haarlem en dat nog bij wijze van experiment. Met Heymans ben ik het volledig eens wanneer hij stelt: 'Over de plaats van de geriater is geen discussie nodig, hij hoort in het ziekenhuis thuis. Wil de geriatrie voldoen aan de kwaliteitseisen die aan ieder medisch specialisme dienen te worden gesteld, dan is academisering vereist.'

Daarnaast is het van belang een geriatrie polikliniek te ontwikkelen, zoals eerder aangegeven. Bovendien kan de geriater ook consultatief werkzaam zijn buiten het ziekenhuis ten behoeve van de huisarts, het verzorgingstehuis of het verpleeghuis. Voor goede relaties met deze onmisbare voorzieningen lijkt dat ook erg nuttig.

De bejaardenzorg dient haar oorsprong en basis te hebben in en rond het huis van de betrokkene; kan de bejaarde of de familie, vrienden dan wel bureu het niet meer aan, dan moet dichtbij en zichtbaar een netwerk van voorzieningen die op elkaar aansluiten en op elkaar zijn afgestemd en regionaal worden gecoördineerd en gestuurd, aanwezig zijn om liefst met een tijdelijke ondersteuning de bejaarde daar te laten blijven waar deze het liefst is en dat is vrijwel steeds comfortabel thuis. In deze coördinerende instantie kan de geriater samen met anderen (G.G. en G.D., S.P.D., S.G.D. en R.I.A.G.G.) een belangrijke rol vervullen. Als we het belang van de bejaarde laten prevaleren en derhalve competentiekwesties achterwege laten, moet dat lukken.

Terminale zorg

Zodra een mens geboren wordt, is hij al oud genoeg om te sterven (Heidegger). Wanneer hij tot de groep der bejaarden behoort, neemt deze sterftkans sterk toe. Zoals Munnichs heeft onderzocht, zijn velen vertrouwd met deze eindigheid van het leven. Wat hen nog wel bezig houdt, is hoe dat einde zal zijn. In ons land sterven zo'n 41% van alle overledenen in ziekenhuizen en nog eens ongeveer 15% in verpleeghuizen. Regionaal zijn er duidelijke verschillen en in de grote steden is het aantal mensen dat thuis sterft, nog beduidend lager. In het Dijkzigt ziekenhuis overleden in 1983 488 personen, daarvan waren er ruim 54% 65 jaar en ouder en nog eens ruim 19% in de leeftijdscategorie van 55 t/m

64 jaar. De doodsoorzaken zijn veranderd, de gemiddelde leeftijd waarop men sterft en de manier van sterven zijn al evenzeer veranderd. Vroeger was het heel normaal thuis te sterven, verzorgd door de dierbaren en geholpen door vrienden en bureu. Nu is de dood verdrongen naar ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingstehuizen. De dood is onontkoombaar, maar wel te verbeteren in veel gevallen is de zorg voor en de begeleiding van patiënt en familie in deze stervensfase. Essentieel is dan wel dat er familie is en dat deze bereid en in staat is deze zorg op zich te nemen. Dat vraagt om zorg voor de zorgenden, om hulp en ondersteuning, maar vooral om solidariteit van met name de huisarts en de wijkverpleegkundige. Ook hier geniet de zorg van de familie en vrienden prioriteit, eventueel ook intramuraal. Wordt de eerste lijn om hulp gevraagd, dan zal het al gauw om goed teamwerk gaan. We moeten de continuïteit van de hulpverlening waarborgen, 24 uur per dag en 7 dagen van de week. Dat is zeer essentieel gebleken. Bovendien moet er dan altijd adequate hulp kunnen worden verleend, ook in de zin van een spoedopname in ziekenhuis of verpleeghuis. Dat geeft de patiënt en de zorgenden veel rust en zekerheid. Huisarts, wijkverpleging en gezinszorg kunnen met de steun in de rug van ziekenhuis of verpleeghuis deze garantie geven. Natuurlijk is ook een goede symptoombestrijding onontbeerlijk. Goede pijnbestrijding probeert pijn te voorkómen. Er dient een behandelings- of begeleidingsplan te zijn dat in avond- en weekenddiensten beschikbaar is, zodat niet tegen de bedoelingen in wordt gehandeld. Bij dit alles, binnen en buiten de instituten, is een open en eerlijke dialoog nodig, goede informatie aan en communicatie met alle betrokkenen, waarbij het belang van de patiënt centraal staat. Ook hier zou thuis consultatieve hulp verleend kunnen worden, ook hier bestaat de mogelijkheid van dagbehandeling of bij voorkeur kortdurende opname in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Nu heeft de bejaarde in het algemeen een ander levensperspectief, het gaat veelal om kwaliteit van leven. Er dient keuzevrijheid te bestaan, nog te vaak wordt men met name in de ziekenhuizen min of meer overrompeld door het systeem. Rustige uitleg en rustig overleg is geboden. Men moet de mens de tijd gunnen om in samenspraak met diens dierbaren tot een beslissing te komen. *Salus aegroti suprema lex*: 't heil van de zieke is de hoogste wet, maar mag de zieke dan wel, goed voorgelicht en in goed overleg, zelf uitmaken wat hij heilzaam vindt? Niet de arts bepaalt dat. Wellicht is het daarom beter te spreken van *Voluntas aegroti suprema lex*: de wil van de zieke is de hoogste wet.

In sommige Amerikaanse en Canadese ziekenhuizen, zoals het Royal Victoria Hospital in Montreal, kent men aparte teams of afdelingen voor palliative care. De care, de symptoombestrijding en de psychosociale zorg voor patiënt en familie staan hier voorop, gegeven door verpleegkundige, arts, eventueel aangevuld met de pastor, de maatschappelijk werkende of de psycholoog, maar steeds naar keuze van de patiënt. Dit team geeft ook steun aan het thuisfront, o.m. door een 24 uren bereikbaarheid, zodat veel meer patiënten naar huis

konden terugkeren en de opnameduur van deze categorie sterk werd bekort. Of we nu ook in ons land naar aparte afdelingen of teams toe moeten, weet ik niet. Soms moet men bepaalde zaken verbijzonderen om te laten zien dat het eigenlijk heel gewoon is. Het begin volgend jaar verschijnende rapport over het daarover gedane onderzoek in Antonius-IJsselmonde zal daar uitgebreid op ingaan. Zeker is wel dat er aan de begeleiding van patiënt en familie in deze kritieke fase van het leven nog veel ontbreekt. Als er geen goede opvang is, als de patiënt met niemand over z'n situatie, z'n angsten, vragen en problemen kan praten, als we er met een boog omheen lopen en slechts met medicatie de patiënt (of onszelf?!) proberen te helpen, dan is het geen wonder dat deze vraagt om actieve euthanasie.

In plaats van ons daarmee uitputtend bezig te houden, zouden we er beter aan doen onze hulp aan patiënt en familie te verbeteren, daadwerkelijk mee te leven. Luisterbereidheid en solidariteit zijn dan van primair belang. We moeten pogen begrip op te brengen voor de belevingswereld van de patiënt. We moeten ook proberen onnodige overplaatsingen te voorkomen en waar dat maar mogelijk is, de patiënt de kans geven zijn eigen dood te sterven, bij voorkeur in diens eigen omgeving.

In de rouwperiode is met name de achterblijvende partner uitermate kwetsbaar en heeft een verhoogd risico tot het krijgen van lichamelijke en psychische stoornissen. Deze behoeft dus opvang en steun.

Ieder mens, ongeacht diens lichamelijke of geestelijke toestand, heeft een unieke identiteit en waardigheid. 'Dat men ook beter kan worden ondanks het te gronde gaan van het lichaam, is een opvatting die in ziekenhuizen nauwelijks wordt erkend.' (Sikkel)

Er valt nog zoveel meer over te zeggen, maar mag ik dit onderwerp afsluiten met een kort Engels gedicht:

Teach me to die, hold onto my hand
I have so many questions, things I don't understand
Teach me to die, give all you can give
If you'll teach me of dying I will teach you to live.

Onderwijs

We hebben in onze opleiding aan de Universiteit allerlei ziekten leren kennen, tot de meest vreemdsoortige en zeldzame toe. Maar wat we niet hebben geleerd is omgaan met invaliditeit, chronisch ziek zijn, met veroudering en sterven. Evenmin hebben we ooit geleerd in teamverband te werken. De toekomstige artsen, en zij niet alleen, zullen onherroepelijk met deze sterke veroudering worden geconfronteerd en we moeten ze daar terdege op voorbereiden in theorie en in de praktijk. Naast kennis en kunde zullen we moeten pogen hun interesse en een juiste attitude t.a.v. de oudere mens bij te brengen, gebaseerd op respect en inzicht. Het is nodig hun de biologische basis van het verouderingsproces en de psychologische, fysiologische en sociale aspecten te onderwijzen. De gerontologie dient zoveel mogelijk geïntegreerd in diverse andere

basiscolleges te worden gegeven. In de eerste jaren kan aan diverse algemene aspecten van de normale veroudering aandacht worden gegeven, zowel in de basisvakken als in de preklinische vakken. Daarbij is evenwel adequate aandacht nodig voor de niet-medische aspecten van de veroudering. Minstens zo belangrijk is het in contact brengen van de studenten met ouderen in diverse leefsituaties: thuis, in het verzorgingstehuis, in het somatisch en psychogeriatrisch verpleeghuis en in het ziekenhuis. De student dient inzicht te krijgen in de leefwereld van de ouderen in de samenleving, in de alternatieven voor opname in een instituut en de mogelijkheden tot preventie en hulpverlening. Mij tot deze algemene opmerkingen beperkend, is het in ieder geval plezierig te kunnen vermelden dat er voor het nieuwe curriculum in het vierde jaar een expliciet onderwijsblok gerontologie en geriatrie komt. Overigens zijn aan deze Universiteit in het kader van de junior-coschappen mogelijkheden tot een drie weken durende stage in het verpleeghuis ter algemene oriëntatie. De senior-co's kunnen 3 weken meer patiëntgericht bezig zijn, waarbij van één patiënt over alle facetten van diens situatie een verslag wordt gemaakt.

Naar mijn mening zouden stages in verpleeghuizen een verplicht onderdeel van het curriculum dienen te vormen, omdat men daar met ouderdom, invaliditeit, psychische achteruitgang, chronisch ziek zijn en sterven wordt geconfronteerd en kan zien hoe men daar in teamverband mee omgaat. Ook participatie in onderzoek op dit terrein kan in een latere fase van de studie erg nuttig zijn. In de verpleeghuiswereld ligt hiertoe nog een enorm terrein braak. Op te merken valt nog dat in het kader van de huisartsen-opleiding van het Rotterdams Huisartseninstituut al vele jaren een stage van vier maanden in een verpleeghuis is opgenomen. Vervolgens is het natuurlijk noodzakelijk dat er meer opleidingsmogelijkheden komen voor toekomstige geriateren, met name in de academische setting.

Willen we ooit goede geneeskundige zorg, sociale en klinische geriatrie van de grond krijgen, want we staan nog maar aan het begin, dan zal dat bij goed onderwijs moeten beginnen. Er is meer betrokkenheid van de hele maatschappij nodig bij deze toenemende veroudering en meer optimisme bij de hulpverlenenden in het bijzonder.

Dames en Heren leden van het Bestuur der Stichting Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstellingen.

Reeds veel meer dan een eeuw hebben samenstellende verenigingen van deze stichting zich bezig gehouden met en ingezet voor de, in eerste instantie voornamelijk arme, zorgbehoevende, oudere patiënten. Met de tijd meegaande is daaraan vorm gegeven in serviceflats, verzorgingstehuizen en verpleeghuizen, zowel voor de somatische als de psychogeriatrische patiënt. Steeds hebt u daarbij initiatieven ontwikkeld om deze zorg en de voorzieningen te optimaliseren. Daarnaast hebt u nog een opleidingsschool in het leven geroepen, die via scholing, bij- en nascholing in deze sector van de gezondheidszorg haar belangrijke bijdrage levert.

Dat ik hier nu mag staan, is mede aan uw initiatief te danken, een initiatief dat vooral werd gestimuleerd door uw voorzitter, collega Stockmann.

Beste Hein, jouw sterke geëngageerdheid met deze problematiek, jouw onvermoeide inzet, optimisme en visie zijn van grote invloed geweest bij deze ontwikkeling en voor mij persoonlijk erg bemoedigend. Mag ik in jou het hele bestuur bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik zal het in de kwaliteit moeten zoeken, want er is mij slechts een korte tijd gegeven. Maar deze hoop ik zo goed mogelijk te benutten.

Leden van het College van Bestuur van deze Universiteit en leden van het Bestuur van de Faculteit der Geneeskunde.

U ben ik bijzonder erkentelijk dat u deze benoeming hebt willen steunen en mij in uw gelederen hebt willen opnemen. Ik voel mij daarover des te meer verheugd omdat ik er ook een erkenning in zie van wat de verpleeghuiswereld in de laatste decennia voor de ontwikkeling van de geriatrie heeft gedaan.

Leden van de Commissie medische gerontologie en geriatrie.

Enige jaren hebt u onder leiding van uw voorzitter Prof. Trimbos aan de voorbereiding van de totstandkoming van deze bijzondere leerstoel gewerkt.

Beste Kees, jij bent de stimulerende leider van deze commissie geweest, jij die reeds vele jaren geleden vond dat de geriatrie aan deze Universiteit tot ontwikkeling moest worden gebracht. Mag ik in jou deze commissie bijzonder hartelijk danken voor de realisering van dit begin. Ik hoop het in mij gestelde vertrouwen niet te beschamen.

Leden van de Vakgroep interne geneeskunde.

De loyale ontvangst van deze nieuwe loot aan de stam geeft mij het volste vertrouwen dat er goed samen te werken valt. Datzelfde gevoel heb ik ook gekregen bij mijn contacten met andere collegae en medewerkers van het Academisch Ziekenhuis en met name van de directie. Deze laatste ben ik bovendien erkentelijk voor het feit dat men mij in de kliniek heeft willen huisvesten.

Al diegenen met wie ik in de loop van vele jaren heb mogen samenwerken in en

buiten de verpleeghuiswereld en aan de Leidse Universiteit, in de Commissie Geriatrie, ben ik veel dank verschuldigd. Geriatrie is teamwerk, nooit kan men dat alleen en dat ik hier nu sta, heb ik dan ook aan de medewerking van jullie allen te danken.

Dames en Heren studenten

Het zal u duidelijk zijn dat u in de naaste toekomst veelvuldig met de oudere mens geconfronteerd zult worden, zowel in de samenleving als beroepshalve. Hopelijk zal deze Universiteit u daarop in theorie en praktijk kunnen voorbereiden. Het meeste leert u evenwel van de ouderen zelf als u de tijd neemt rustig naar hen te luisteren.

Toen tegen de 90 jarige Picasso werd gezegd dat hij er zo goed uitzag, antwoordde hij: 'daar heb ik dan ook mijn hele leven over gedaan.' Ouderdom is de resultante van alle voorgaande levensfasen, daar moeten we ons derhalve een leven lang op voorbereiden. Strijd tegen deze normale veroudering is even absurd als de poging van de rijpe vrucht om weer bloesem te worden. Als we daarentegen in goede onderlinge samenwerking in positieve zin met deze veroudering weten om te gaan, kunnen we elkaar helpen tot een zinvolle levensvoltooiing te komen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Anderson, Ferguson. How geriatric medicine is being taught at the University of Glasgow. *Geriatrics* 76 vol. 31 nr. 8.
- Anderson, Ferguson. Geriatric Medicine: Diagnosis is the keyword. *Geriatrics* mrt. 74.
- Biesenbeck, F.J. Enige beschouwingen over geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. *Ned. Tijdschr. v. Geront. en Ger.* jrg 13, nr. 1 '82.
- Brocklehurst, J.C. Textbook of geriatric medicine and gerontology. Churchill Livingstone Edinburgh 78.
- Bruning, H. e.a. De laatste tijd. Hulp bij de thuisverzorging van stervenden. Zorn, Alphen a.d. Rijn '83.
- Burger, A.K.C. en J.F.M. Molenbroek. Bejaarden antropometrie. Gem. Dienst Verpleging en Verzorging Den Haag en Afd. Industrieel Ontwerpen T.H. Delft. *Reeks industrieel ontwerpen bijzonderen onderwerpen deel 6* '83.
- Cahn, L.A. Psychogeriatric en gezondheidszorg. *Rapport nr. 82.04* St. Verpleeghuizen Ned. Laren '82.
- Claessens, W.L.M. Multidisciplinaire observatie van vermeend psychogeriatrische patiënten. Diss. Nijmegen '84.
- Coni, N. e.a. Lecture notes on geriatrics. Blackwell scientific public. Oxford 77.
- De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. *Soc. cult. kwartaalbericht* jrg. 6 nr. 1 en deel IA kerncijfers C.B.S. '84.
- De leefsituatie van de Nederlandse bevolking '83. Kerncijfers C.B.S. '84.
- Eulderink, F. e.a. Praktische geriatric voor de huisarts. Stafleu B.V., Alphen a.d. Rijn '82.
- Fockert, J.A. de. Klinische geriatric, quo vadis? *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 15 nr. 1, '84.
- Fuldauer, A. Geriatric en huisartsgeneeskunde. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 13 nr. 1, '82.
- Gill, K. en Nolen-Boltjes, L.P. Hulp bij psychisch gestoorde bejaarden. Boerhaave cursus Handhaven van de bejaarde in eigen omgeving, Leiden '84.
- Groen, J.J. De bejaarde in onze samenleving. Boerhaave cursus Aspecten van gerontologie en geriatric, Leiden 72.
- Haar, H.W. ter. De nota Psychogeriatric en het gezondheidszorgsysteem. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 13 nr. 1 '82.
- Hall, D.A. The biomedical basis of gerontology. J Wright & Sons, Bristol '84.
- Hellemans, J. en E.H.M. van Kammen-Wijnmalen. De ontwikkeling van de geriatric tot een klinisch specialisme. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 13 nr. 2 '82.
- Hobman, D. The social challenge of aging. Croom Helm, London '78.
- Hodkinson, H.M. An outline of geriatrics 2nd ed. Academic Press, London '81.
- Hollander, C.F. Biologisch verouderingsonderzoek belangrijk voor bejaarde patiënt. T.N.O. project 84-6.
- Hoogendoorn, D. Extra sterke vergrijzing van de ziekenhuispopulatie. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* ter publ.
- Hoogendoorn, D. Opnamen, gemiddelde verpleegduur en aantallen verpleegdagen (bedgebruik). *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 128: nr. 36 '84.
- Huygen, F.J.A. Zorg voor ouderen in de eerste lijn. *Tijdschr. voor Geront.* jrg. 8 nr. 3, '77.
- Hijmans, W. Immuniteit bij bejaarden. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 14 nr. 3 '83.
- Knipscheer, C.P.M. Het familieverband als context van de levensloop. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 13, nr. 6 '82.
- Knipscheer, C.P.M. Ouder worden, een uitdaging voor het familieverband. Verslag Seminar Geront. Nijmegen '84.
- Leering, C. Gestoord menselijk functioneren. Dekker en van de Vegt, Nijmegen '68.
- Leering, C. Prognose en therapie bij ouderen. *Gerontologie* 11, '80.
- Lüth, P. Geschichte der Geriatric. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart '65.
- Maas, P. van der. Mythen over vergrijzing en volksgezondheid. *Tijdschr. Soc. Geneesk.* 60, nr. 23 '82.
- Michels, J. en P. Sporcken. De laatste levensfase. Ambo, Bilthoven 72.

- Miesen, B. Poliklinische somato-psychosociale screening van gedragsstoornissen bij oudere mensen. *Ned. Tijdschr. v. Geront.* 5 jrg. nr. 3 '74.
- Mulder, J.D. Dzn. Gerontofobie. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* ter public.
- Mullink, J.A.M. en J.B. Welten. Geriatrich onderzoek. *Med. Contact* nr. 38 '80.
- Munnichs, J.M.A. Voorzieningen voor ouderen: visie op ouderdom. v. Loghum Slaterus, '84.
- Munnichs, J.M.A. Gedrag, ouder worden en levensloop. *Gerontologie* 11, 1a, '80.
- Oostvogel, F.J.G. Coördinatie in de organisatie van bejaardenwerk. *Bejaardenwerk* nr. 5 '64 en nr. 1 '65.
- Oostvogel, F.J.G. Geriatrie een absolute noodzaak. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 13 nr. 1 '82.
- Oostvogel, F.J.G. Verzorgingsbehoeften van bejaarden. Dekker en van de Vegt, Nijmegen '68.
- Oostvogel, F.J.G. Begeleiden van sterven is voltooiën van leven. Vernieuwingen in de zorgverlening. Stichting Gezondheidszorg, Nunspeet '82.
- Ouder worden nu. Geront. symposium. Geront. Inst. Amsterdam '84.
- Ouder worden in de toekomst. Scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Concept rapport '84 Uitg. Kobra, Amsterdam.
- Picton Williams, T.C. The future of geriatric medicine. *Journal of the Royal College of Physicians of London.* Vol. 15 nr. 1 '81.
- Post, J.J.W. De geriatrie patiënt in het ziekenhuis. *Med. Contact* nr. 31 '76.
- Prognose van de bevolking van Nederland na 1980. Deel 1. Staatsuitg. Den Haag '82.
- Proosdij, C. van en D.H. Sipsma. Dertig jaar vaderlandse geschiedenis. De lijdensweg van de klinische geriatrie in Nederland. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 15 nr. 1 '84.
- Rapport van een door het Centraal College ingestelde studiec commissie geriatrie '80.
- Ringoir, D.J.B. De geriater, geduld of gewaardeerd. *Tijdschr. voor Geront. en Ger.* jrg. 13 nr. 1 '82.
- Saunders, C. en Mary Baines. Living with dying. The management of terminal disease. Oxford University Press, Oxford '83.
- Schreuder, J. Revalidatie en geriatrie in het algemeen ziekenhuis. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 112, 40 '68.
- Sipsma, D.H. Dementia senilis van het type Alzheimer, ziekte of normaal verouderingsverschijnsel. *Vox Hospitiï* ter public.
- Sleeswijk, J.G. De ouderdom. N.V. Uitg. Mij. Kosmos, Amsterdam '48.
- Thomae, H. Alternsstile und Altersschicksale. Verlag Hans Huber, Stuttgart '83.
- Tonino, F.J.M. Bejaarden thuis. Van de Wijngaard, Breda '69.
- Trimbos, K. e.a. Mensen met kanker. Van Loghum Slaterus, Deventer '78.
- Tyler, G.J. The G.P.'s role in the care of the elderly. *Geriatric Medicine*, May '83.
- Welten, J. Bejaarden in ziekenhuizen. Dekker en van de Vegt, Nijmegen '68.
- Wilkes, E. The dying patient. M.T.P. Press Ltd. Lancaster '82.
- Wilson, L. Geriatrics at the crossroads. *Geront. Clinica* 14 '72.
- Zonneveld, R.J. van. Geriatrie. Van Gorcum & Comp. Assen '61.
- Zonneveld, R.J. van. Medische Gerontologie. Van Gorcum & Comp. Assen '70.