

# Gezondheidszorg voor bejaarden\*

DOOR DR. R. J. VAN ZONNEVELD, ARTS TE OEGSTGEEST

*Definities.* Hoewel men het over inhoud en doel van gerontologie, geriatrie en bejaardenzorg, ook internationaal gezien, langzamerhand eens begint te worden, bestaat er toch nog verwarring omtrent deze begrippen. Daarom lijkt het dienstig de definities, zoals deze thans vrij veelvuldig in ons land worden gebruikt, hier te vermelden. Immers, iedere huisarts heeft vrijwel dagelijks met bejaarden en aan hun leeftijd verbonden vraagstukken te maken.

Gerontologie is de multidisciplinaire wetenschap of het complex van wetenschappen, waarin men zich bezighoudt met de bestudering van de processen die tijdens de veroudering en gedurende de ouderdom in het organisme en in diens relatie tot de omgeving plaatsvinden.

Geriatricie, het medische aspect van de gerontologie, is het onderdeel van de geneeskunde, dat zich, in de ruimste zin van het woord, bezighoudt met preventie, onderzoek, behandeling en nazorg van aandoeningen die bij ouderen, met name bejaarden, voorkomen. Deze stoornissen in het algemene welzijn kenmerken zich onder meer daardoor, dat zij vaak langdurend van aard zijn en het ontstaan van invaliditeit bevorderen of veroorzaken. Evenals bij andere onderdelen van de geneeskunde worden een klinisch en een sociaal aspect onderscheiden. Is bij de klinische geriatrie de aandacht vooral gericht op onderzoek en behandeling inclusief reactivering van de individuele geriatrie patiënt, in de sociale geriatrie gaat het om de bestudering van de wisselwerking met betrekking tot gezondheid en ziekte tussen de oudere mens — casu quo de groep van ouderen, bejaarden — en zijn milieu, in materiële en niet-materiële zin en van de middelen ter beïnvloeding van deze wisselwerking. Tot het arbeidsterrein van de toegepaste sociale geriatrie rekent men onder meer het treffen van maatregelen met betrekking tot gezondheidsvoorzieningen voor ouderen.

Onder bejaardenzorg verstaat men het complex van voorzieningen en maatregelen die noodzakelijk of wenselijk worden geacht ter bevordering van het lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn van het oudste deel der bevolking. Bejaardengezondheidszorg betreft dat deel van de gezondheidszorg, dat gericht is op de kenmerkende aspecten van gezond-

*Samenvatting.* De werkzaamheden van een huisarts betreffen in belangrijke mate de gezondheidszorg voor bejaarden. In verband met deze zorg worden enkele begrippen en een aantal demografische factoren, zoals absolute en relatieve toename van de bejaarden, leeftijds- en geslachtsverschuiving binnen deze bevolkingsgroep en wat dies meer zij, besproken. De betekenis van deze en andere factoren bij onderzoek en behandeling wordt geïllustreerd aan de hand van gegevens, voor een belangrijk deel verkregen bij het T.N.O.-bejaardenonderzoek met inschakeling van huisartsen.

heid, ziekte en hulpbehoefendheid op hogere leeftijd.

*Algemene opmerkingen.* De medische problematiek van de oude dag is vaak veelzijdig, uitgebreid en ingewikkeld. Het belangrijkste aspect van deze problematiek is wellicht, dat men moet uitgaan van het beginsel dat oude mensen niet in de eerste plaats ziek zijn omdat zij oud zijn, maar omdat er één of vaak meer pathologische processen aan de gang zijn. Ongetwijfeld vormen echter structuur- en functieveranderingen die nu eenmaal bij het ouder worden en zeker bij ziekte en ongeval optreden, belastende factoren en wel in die zin dat er sprake is van minder weerstand en minder aanpassingsvermogen en dat verloop en gevolgen dikwijls ernstiger en langduriger zijn dan op jongere leeftijd het geval is.

Een complicerende factor is het feit dat zowel bij de bejaarde als bij de arts niet zelden omtrent ziekte en gezondheid op hoge leeftijd stereotiepe voorstellingen bestaan, die een rationele en adequate benadering in de weg staan. Zo zal men bij beide partijen de opvatting moeten bestrijden dat tegen geen der zogenaamde ouderdomskwalen enig kruid zou zijn gewassen. De arts zal met name de bejaarde patiënt dus zo dienen te benaderen, dat hij zich niet aan ziekte-inductie schuldig maakt. Ook zal hij steeds de zieke bejaarde, die toch al dikwijls niet veel heeft om naar uit te kijken, moeten motiveren om zelf aan zijn behandeling en reactivering werkelijk mede te werken. Een ander belangrijk aspect is, dat de arts voortdurend persoonlijk aandacht blijft besteden aan die patiënten, die lange tijd of blijvend ziek zijn. Mede daarom is het van groot belang een vast plan voor behandeling en verzorging, eventueel op lange termijn, van iedere oude-

\* Bewerking van een inleiding voor de Huisartencursus Geriatrie 1966/'67 georganiseerd door het Nederlandse Huisartsen-Instituut en het Algemene Ziekenhuis „Zonnestraat”, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie en de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg.

re patiënt op te stellen. Steeds zal men zich daarbij moeten afvragen: „Wat kan deze patiënt nog, hoe ziet zijn toekomst er uit en wat valt met behandeling te bereiken?”

*Belangrijke factoren in de medische bejaardenzorg.* Wanneer de arts, bijvoorbeeld de huisarts, zich afvraagt met welke algemene factoren hij moet rekening houden bij de zorg voor zijn bejaarde patiënten, is het dienstig dat hij op de hoogte is van een aantal demografische aspecten en van bevindingen verkregen bij onderzoeken naar de lichamelijke en geestelijke toestand van bejaarden.

*Aantal bejaarden.* Het absolute aantal bejaarden — op grond van de administratieve maatregel van pensionering worden hiermede gemakshalve bedoeld personen van 65 jaar en ouder — bedraagt in Nederland thans ruim 1 200 000, hetgeen betekent dat in ruim 60 jaar van meer dan een verdrievoudiging sprake is. Volgens recente schattingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S.) zal dit aantal verder stijgen tot circa 1,6 miljoen in 1980 en 2,1 miljoen in het jaar 2000. Deze toename is onder meer te danken aan de verbeterde sociale en hygiënische omstandigheden en aan de vorderingen der geneeskunde. Stierf in 1900 nog 73 procent van alle mensen voor het 66ste levensjaar, in 1964 was dit percentage nog slechts 32. In 1900 overleed 7 procent van alle Nederlanders na het 80ste levensjaar, in 1964 27 procent.

Ook relatief valt er een stijging van het aantal bejaarden waar te nemen: in 1900 was 6,0 procent van de bevolking 65 jaar of ouder, in 1950 en in 1966 bedroegen deze percentages respectievelijk 7,8 en 9,6. Deze stijging werd vooral veroorzaakt door de daling van het geboortecijfer. In de naaste toekomst valt nog enige verdere stijging te verwachten. Volgens het C.B.S. zal het percentage in 1980 11,1 zijn, en in 2000 zal het verder zijn gestegen tot 11,6; enige tijd na 2000 wordt een zeker evenwicht verwacht tussen geboorte- en sterftecijfers, de laatste zullen enige stijging gaan vertonen. Bij mannen van middelbare leeftijd doet zich dit verschijnsel nu reeds voor.

Voorlopig zal in een „gemiddelde” huisartspraktijk dus een van de tien mensen bejaard zijn. Dit eentiende deel van de praktijk vraagt veel aandacht: volgens het in 1955 tot 1957 landelijk verrichte onderzoek door de Gezondheidsorganisatie Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (T.N.O.) waaraan ongeveer 400 huisartsen deelnamen, bleek ruim eenderde van de bejaarde mannen en ruim de helft van de bejaarde vrouwen geregeld een arts, meestal de huisarts, te raadplegen. In de drie maanden voorafgaande aan het T.N.O.-onderzoek was tweevijfde van de mannen en ruim de helft van de vrouwen onder medische behandeling geweest. Daarbij zal meestal de huisarts betrokken zijn geweest.

Over vergelijkbare getallen met betrekking tot jongere mensen wordt door mij niet beschikt; in

ieder geval blijkt dat bejaarden veelvuldig een beroep doen op de huisarts. Voor McKeown, hoogleraar in de sociale geneeskunde te Birmingham en pleitbezorger voor drastische hervorming van het medische bestel, is deze omstandigheid een reden om tot de vier of vijf „half-specialisten”, die hij in de toekomst het huidige werk van de huisarts en gedeeltelijk dat van de specialist zowel extra- als intramuraal zou willen laten verrichten, een geriater te laten behoren.

*Geslacht.* Onder de bejaarden bevonden zich in 1966 100 000 meer vrouwen dan mannen; terwijl er in de totale bevolking per 1 000 mannen 1 006 vrouwen zijn, komen er op de 1 000 bejaarde mannen 1 188 bejaarde vrouwen voor. Bij het T.N.O.-onderzoek verklaarden duidelijk meer mannen dan vrouwen hun gezondheid goed te achten. De huisartsen achtten in de opeenvolgende leeftijdsgroepen de lichamelijke toestand van 58 tot 82 procent van de mannen, doch van slechts 50 tot 75 procent van de vrouwen goed. Met andere woorden er zijn dus meer bejaarde vrouwen dan bejaarde mannen, en bovendien is zowel de subjectieve als de objectieve gezondheidstoestand bij minder vrouwen dan bij mannen goed.

Een grote reeks van aandoeningen en klachten blijkt dan ook — in ieder geval in de ouderdom — meer bij vrouwen dan bij mannen voor te komen. Dit is bijvoorbeeld het geval ten aanzien van afwijkingen aan gewrichten en beenderen (osteoporose), die zich toch al vaak bij oude vrouwen manifesteren, onder andere in de vorm van fracturen na ongevallen. De onderste ledematen zijn bij vrouwen ook overigens een bron van veel ongemak en hulpbehoefendheid in verband met het zeer frequente voorkomen van oedemen en varices. De consequenties van deze en soortgelijke feiten liggen vooral bij de behandeling en verzorging van alleenstaande bejaarde vrouwen voor de hand: óf meer hulp in de wijk, óf eerder en meer opnemingen in inrichtingen.

Inderdaad is in de verzorgings- en verpleegtehuizen een ook relatief vaak veel groter aantal vrouwen dan mannen opgenomen. Aan de merkwaardige omstandigheid dat het „zwakke” geslacht gemiddeld een hogere leeftijd weet te bereiken dan het „sterke”, terwijl het meer te kampen heeft met chronische ziekten en invaliditeit, zijn al vele beschouwingen gewijd. Duren krakende wagens inderdaad het langst? En zo ja, waarom? Een alles verklarend antwoord is op deze vraag voorzover mij bekend nog niet gegeven.

In dit verband passen nog enkele andere voorbeelden. De gemiddelde systolische bloeddruk ligt bij vrouwen (177 tot 184 mm Hg), zoals onder meer bij het T.N.O.-bejaardenonderzoek bleek, duidelijk hoger dan bij mannen (161 tot 168 mm Hg). Ook voor de diastolische bloeddruk geldt dit, al is het verschil hier aanzienlijk geringer. Een hoge systolische bloeddruk komt dus ook vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Afgezien van de omstan-

digheid, dat er bepaald geen eenstemmigheid bestaat over de vraag wanneer de systolische bloeddruk als te hoog moet worden beschouwd en deze conditie dus in beginsel behandeling behoeft, heeft het zin steeds met de sekseverschillen ten aanzien van de tensie rekening te houden. In het algemeen dient men de bloeddruk van de vrouw, ook al zijn er geen in de richting van hypertensie wijzende klachten, regelmatig te controleren.

Het hemoglobinegehalte ligt veelal bij bejaarde vrouwen lager dan bij mannen; anemie ziet men echter niet zelden bij beide seksen. Uiteraard komen bepaalde klachten of verschijnselen juist vaker bij mannen dan bij vrouwen voor. Zo vindt men bij eerstgenoemden vaker hardhorendheid en doofheid — daarentegen weer vaker slechtziendheid en blindheid bij vrouwen — en komen ingewandsbreuken bij mannen drie- tot viermaal zo vaak voor als bij vrouwen.

In het algemeen kwam in het T.N.O.-huisartsenonderzoek van bejaarden naar voren, dat duidelijk meer vrouwen dan mannen hun gezondheidstoestand minder goed achtten, een bevinding die door de onderzoekende artsen werd gedeeld. De geslachtsopbouw van de groep bejaarden heeft dus zeker consequenties voor bepaalde onderdelen van de praktijkvoering.

*Leeftijd.* Ook de leeftijdssamenstelling van de bejaarden als bevolkingsgroep is van direct belang voor het dagelijkse werk van de huisarts. Niet alleen wordt het aandeel van de ouderen in de totale bevolking en dus in bijna elke afzonderlijke huisartspraktijk steeds groter, maar ook in de groep bejaarden zelf treft men absoluut en verhoudingsgewijs steeds een groter aantal hoogbejaarden aan. Deze groep neemt het snelst in omvang toe; zo was in 1966 reeds 36 procent van alle bejaarden 75 jaar en ouder; van alle personen die in dat jaar overleden tengevolge van vaatletsels van het centrale zenuwstelsel, dus hoofdzakelijk trombose en bloeding, was ruim 40 procent 80 jaar of ouder.

Met het stijgen van de leeftijd wordt de kans op het voorkomen van verschillende pathologische processen groter. Dit reeds bekende feit kwam onder meer tot uiting in een aantal bevindingen resulterend uit het reeds genoemde T.N.O.-onderzoek. Zo neemt bijvoorbeeld zowel het aantal hand- en armafwijkingen als het aantal voet- en beenafwijkingen bij beide geslachten, gaande van de leeftijdsgroep 65 tot en met 69 jaar naar de leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder, aanmerkelijk toe. Het behoeft geen betoog dat dit verschijnsel diverse belangrijke consequenties kan hebben, bijvoorbeeld dat vele bejaarden naarmate zij ouder worden minder kunnen doen met hun handen en armen (koken!) of met hun benen (boodschappen doen, bezoeken afleggen). Dit onderstreept nog eens het belang van een goede voetverzorging en een zorgvuldige behandeling van zelfs kleine onschuldig uitziende verwondingen aan de ledematen.

Het aantal bejaarden met urine-afwijkingen

wordt van de jongste tot de oudste groep welhaast verdubbeld. Dergelijke afwijkingen worden toch al bij vele bejaarden gevonden; bij zeer oude mensen dient men echter in het bijzonder hierop te letten. Niet zelden vindt men bovendien nog diabetes of een bacteriële urineweginfectie. Vooral bij hoogbejaarde vrouwen komen dergelijke infecties voor, niet zelden zonder duidelijk aanwijsbare oorzaak. Regelmatig urine-onderzoek is zeker bij zeer oude mensen aangewezen.

Bij het rectale onderzoek vindt men bij hoogbejaarden eveneens aanmerkelijk vaker afwijkingen. Bij bijna de helft van de mannen van 85 jaar en ouder werd bij het T.N.O.-onderzoek een vergrote prostaat gevonden. Hoewel deze hypertrofie vaak niet met klachten gepaard ging en behandeling dus ook niet nodig was, heeft geregeld onderzoek voor het opsporen van eventuele andere afwijkingen van de prostaat of van andere organen wel degelijk zin. Gewezen zij ook op de betekenis van het rectale onderzoek bij bejaarden met obstipatie of pseudo-diarree. In het laatste geval kan de diagnostische ingreep tevens therapeutische diensten bewijzen, indien men namelijk manueel de harde faecesprop waarboven de stagnerende darminhoud tot rotting is overgegaan, voorzichtig weet te verwijderen.

Als laatste voorbeeld zij genoemd de sterke achteruitgang van het gehoor die, bij vele bejaarden met name mannen, optreedt naarmate zij zeer hoge leeftijden bereiken.

*Burgerlijke staat.* Het behoeft geen betoog, dat juist bij de gezondheidszorg voor het oudste gedeelte van de bevolking de huwelijkse staat een belangrijke rol speelt. De mogelijkheid tot het opvangen door de huwelijkspartner in geval van ziekte en hulpbehoefendheid is de laatste tientallen jaren duidelijk groter geworden. Zo steeg bijvoorbeeld in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder het aantal gehuwden per 100 mannen en vrouwen van 30 in 1930 tot 38 in 1962. Bijna tweederde van alle bejaarden in deze leeftijdsgroep waarin juist relatief zoveel hulp nodig is, is dus niet (meer) gehuwd. Vanzelfsprekend dient men met deze omstandigheid rekening te houden; de huisarts zal bijvoorbeeld zijn adviezen onder meer betreffende dieet, gebruik van medicijnen en dergelijke zo moeten geven, dat het opvolgen van deze instructies bij alleenstaanden niet bij voorbaat tot mislukken is gedoemd.

Alleenstaanden behoeven vaak ook meer aandacht: de hogere sterfte onder niet- of niet meer gehuwden hangt wellicht mede samen met een grotere kwetsbaarheid van deze groepen mensen. Bij herhaling wordt ook gewezen op de noodzaak bij overlijden van een der echtgenoten zonder uitsel vooral de eerste tijd zorg aan de overblijvende te besteden, bijvoorbeeld door snel in te grijpen bij blijvende apathie, voortschrijdende depressie, nachtelijke onrust, insufficiënte voeding en wat dies meer zij. De omstandigheid of de bejaarde al of niet bij de kinderen inwoont moet eveneens de mo-

gelijkheid en de wijze van het geven van bepaalde voorschriften beïnvloeden.

*Opmerkingen betreffende onderzoek en behandeling.*

*Anamnese.* Iedere arts die het een en ander van een bejaarde, vooral een hoogbejaarde, wil te weten komen, kent de moeilijkheden die zich bijvoorbeeld bij het opnemen van de anamnese kunnen voordoen. Daarom worden hier slechts enkele punten vermeld waarmede men rekening moet houden. Sommige bejaarden klagen minder of op andere wijze dan jongere mensen omdat zij zijn opgegroeid in een tijd waarin men vaak minder en/of later een beroep op de arts deed dan tegenwoordig. Bekend is, dat het geheugen vooral voor recente feiten soms niet meer zo goed is. In verband met de vaak minder goede zintuigfuncties nemen oude mensen diverse zaken anders, minder goed of in het geheel niet meer waar. Zo kan het pijngevoel zijn verminderd, zodat zij minder snel alarm slaan bijvoorbeeld bij een dijbeenfractuur of een doorgebroken zweer van maag of twaalfvingerige darm, geen zeldzaamheden op hoge leeftijd! Soms klagen bejaarden weinig, bijvoorbeeld over dorst, koude en dergelijke. Een en ander kan het opnemen van een hetero-anamnese dus noodzakelijk maken.

Bij het opnemen van de anamnese is het vaak nuttig in het bijzonder naar bepaalde gebeurtenissen of verschijnselen te vragen, omdat deze spontaan niet altijd naar voren worden gebracht. Zo is het van belang te informeren naar doorgemaakte ongevallen, ook de schijnbaar lichte. Heel veel bejaarden zijn namelijk het slachtoffer daarvan: bij het T.N.O.-onderzoek bleek, dat 14 tot 27 procent van de mannen en 20 tot 31 procent van de vrouwen na het 60ste jaar een ongeval had gehad. Bejaarde mannen hebben vooral ongevallen in het verkeer, bejaarde vrouwen binnenshuis (viermaal zoveel als mannen). Een val van de trap, maar ook het vallen elders in en om het huis, komt herhaaldelijk voor. De huisarts heeft tezamen met de wijkverpleegster een belangrijke taak bij de preventie van deze en andere huisongevallen. Deze preventie is van te meer belang omdat de gevolgen van een ongeval op hoge leeftijd vaak ernstiger zijn dan op jonge leeftijd: het herstel is langduriger, er is meer tijdelijke of blijvende hulpbehoefte en een hogere sterfte. Mede in verband met het feit dat vele bejaarden slachtoffer van een val worden, is het nuttig steeds naar verschijnselen van duizeligheid, die immers veelvuldig bij oude mensen voorkomen, te vragen.

Een en ander punt betreft het gebruik van medicijnen. Vele oude mensen nemen geneesmiddelen in op voorschrift van de arts, maar velen doen ook aan zelfmedicatie, vooral bij slapeloosheid en obstipatie. Vragen naar het gebruik van medicamenten is onder meer nuttig bij het zoeken naar de oorzaken van verscheidene onduidelijke klachten en verschijnselen: overmatig gebruik van laxantia kan leiden tot een juist zeer trage stoelgang, misbruik

van slaapmiddelen tot sufheid, apathie, schijndepressie, onoordeelkundig gebruik van antidepressiva tot verhoogde suïcide-neigingen en dergelijke. Men moet de patiënt dan ook vragen alle flesjes, potjes en doosjes met geneesmiddelen, welke hij geregeld of af en toe gebruikt, te laten zien; soms blijken dan zes of meer middelen tegelijkertijd te worden gebruikt: „Er was immers niet gezegd ermee te stoppen”. In dit verband zij nog herinnerd aan het bekende, maar toch vaak vergeten feit, dat juist bejaarden soms jarenlang een onnodig of ronduit dwaas dieet volgen, hetzij als een voortzetting van een eens lang geleden gegeven doktersvoorschrift, hetzij op eigen initiatief of op gezag van aanprijzingen uit diverse bronnen.

Het behoeft nauwelijks betoog dat niet zelden het verwerven van een min of meer uitvoerige sociale anamnese nodig is, bijvoorbeeld ter verklaring en behandeling van slapeloosheid. Sommige bejaarden gaan heel vroeg naar bed omdat zij bang zijn voor lange eenzame avonden, omdat vroeg naar bed gaan indertijd in hun milieu gebruikelijk was of omdat zij overdag veel zitten te dutten. Slapeloosheid kan echter ook een teken van een (naderende) depressie zijn. Eenzaamheid, het gevoel nergens meer bij te behoren, kan tot depressieve gevoelens leiden. Men hoede zich ervoor te veronderstellen dat iedere bejaarde die alleen is daardoor tevens eenzaam is. Verscheidene oude mensen wensen een zekere distantie, trekken zich bewust in zichzelf terug. In het T.N.O.-onderzoek gaf 6 tot 12 procent van de mannen en 14 tot 20 procent van de vrouwen aan zich eenzaam te gevoelen. Relatief gezien een niet zo groot aantal: omgerekend voor geheel Nederland zou het in feite echter altijd nog om ongeveer 150 000 bejaarden gaan. Het is dus voor de huisarts zeker van groot belang na te gaan waarom bepaalde bejaarden eenzaam zijn en of hij hieraan iets moet en kan doen.

*Onderzoek.* Een enigszins uitvoerig lichamelijk onderzoek bij bejaarden is, vergeleken met dat bij jonge volwassenen, verhoudingsgewijs vaak een niet zo eenvoudige en aangename taak. Desalniettemin blijkt een dergelijk onderzoek dikwijls wel degelijk zin te hebben (*Fuldauer*). Ter illustratie zij op enkele punten gewezen die onder meer bij het T.N.O.-onderzoek naar voren kwamen. Het is dienstig geregeld de toestand van het gebit casu quo kunstgebit na te gaan: vele bejaarden hebben een slecht of eigenlijk in het geheel geen gebit, of zij gebruiken hun kunstgebit niet. De hierdoor soms optredende consequenties voor gezondheids- en voedingstoestand liggen voor de hand. Verbetering is niet altijd, maar doch wel dikwijls mogelijk. Hetzelfde geldt voor een verminderde gezichts- of gehoorfunctie. Een onderzoek van de vrouwelijke genitaliën brengt ook nogal eens afwijkingen aan het licht die noodzakelijk behandeling behoeven (prolaps) of waar behandeling verlichting geeft van niet-geuite hinderlijke klachten (lichte incontinentie, kraurosis).

Aangezien de temperatuurregeling van sommige bejaarden nogal eens kan zijn gestoord, is het regelmatig opnemen van de temperatuur — met een thermometer die lager dan bij 36° Celsius begint — aangewezen. Dit geldt vooral voor hen die zich weinig bewegen (bedlegerigen) en in relatief te weinig verwarmde ruimten vertoeven en daardoor kans op onderkoeling hebben. Ook is het nuttig op dehydratieverschijnselen te letten: bejaarden hebben soms een verminderd dorstgevoel. Bij veel vochtverlies (diarree) kunnen zij snel in een dehydratietoestand geraken die zelfs tot shock kan leiden.

Op het belang van regelmatig onderzoek van bijvoorbeeld bloeddruk, hemoglobinegehalte en urine, vooral ook om eventuele veranderingen in de bevindingen te signaleren, behoeft niet te worden gewezen. Evenmin lijkt het nodig uitvoerig in te gaan op de thans welbekende feiten dat bij systematisch onderzoek juist van bejaarden vele onbekende afwijkingen worden opgespoord, die bovendien vaak onafhankelijk van elkander blijken voor te komen (multiple pathologie). Daarom slechts enkele getallen ter illustratie: bij het T.N.O.-onderzoek vonden de huisartsen, in weerwil van vaak regelmatige raadpleging, bij ongeveer eenderde van hun eigen bejaarde patiënten afwijkingen die hen voor dit onderzoek onbekend waren. Het grootste aantal van deze afwijkingen was van niet-ernstige aard, had zelfs niet zelden geen enkele behandeling nodig. Bij drie tot zeven procent in de verschillende leeftijdsgroepen van de mannen en bij vijf tot acht procent van de vrouwen achtten de artsen de gevonden afwijkingen echter van ernstige aard. Bij een onderzoek van bejaarden die de polikliniek voor interne ziekten van het universiteitsziekenhuis te Bazel bezochten, stelde men bij 99 procent van hen twee of meer diagnoses vast, bij 67 procent van de mannen en 80 procent van de vrouwen zelfs vier of meer diagnoses.

*Behandeling.* In het kader van dit artikel wordt slechts op twee aspecten ingegaan, namelijk op het algemene doel en op bepaalde moeilijkheden die bij het bereiken daarvan kunnen optreden. Het algemene doel van de behandeling van zieke bejaarden, vooral van hen bij wie de ziekte tot grote hulpbehoefte heeft geleid is, hen zo snel en zo veel mogelijk weer in voor hun leeftijd normale levensomstandigheden terug te voeren. De bestrijding van de hulpbehoefte is op hoge leeftijd vaak belangrijker dan de strijd tegen de dood. Deze „behandeling” van de somatische stoornissen en de vaak tegelijkertijd optredende en meestal daarmee samenhangende psychische moeilijkheden en sociale problemen wordt echter door verscheidene omstandigheden zeer bemoeilijkt. Daartoe behoren de nog ontoereikende voorzieningen „in de wijk” om de patiënten thuis adequaat te behandelen, te verplegen en te verzorgen en de moeilijkheden van plaatsing in enigerlei inrichting, wanneer behandeling daarbuiten niet meer mogelijk is.

Een groot probleem vormt de indicatiestelling tot opnemng. Deze hangt natuurlijk samen met de aard van de inrichting, maar over dit punt lopen de meningen nog uiteen. In deze meningsvorming valt echter wel een ontwikkeling te bespeuren, die heel in het algemeen het uiteindelijke karakter van de voornaamste typen inrichtingen aanduidt. Een illustratie daarvan vormt de poging tot omschrijving ondernomen door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Hoewel de omschrijvingen berusten op een compromis van meningen casu quo overtuigingen, geven zij een globale indicatie aan.

„Een ziekenhuis is een inrichting voor onderzoek en behandeling door medische specialisten, in toenemende mate in teamverband werkend, met behulp van deskundige verpleging, veelal met ondersteuning van para-medische beroepsbeoefenaars en met behulp van niet-medici zoals fysici, biochemici, psychologen, farmaceuten, maatschappelijk werkers, arbeidsdeskundigen, enzovoort. De hiervoor benodigde vaak kostbare en gecompliceerde apparatuur en accommodatie is een essentieel onderdeel van het ziekenhuis.

Een verpleegtehuis is een inrichting voor patiënten die geen continue specialistische hulp nodig hebben, maar wel een voortdurende verpleegkundige zorg in aansluiting aan medische behandeling. De zorg in een verpleegtehuis heeft het karakter van voortzetting van behandeling en/of onderzoek, in vele gevallen in aansluiting op verblijf in een ziekenhuis. In andere gevallen zal de patiënt eerst in een verzorgingstehuis of in een eigen woning verpleegd zijn. Het verpleegtehuis neemt patiënten op met lichamelijke en/of geestelijke stoornissen. De voortgezette behandeling heeft als regel plaats door artsen niet-specialisten, zij het bij voorkeur na voorafgaand specialistisch onderzoek. Gezien het bijzondere karakter van verpleegtehuizen voor voornamelijk bejaarden, kan in deze tehuizen een arts met geriatrische scholing zeer wel met de leiding worden belast. Verpleegtehuizen voor psychisch gestoorde patiënten zullen veelal onder leiding van een psychiater staan. Consultatieve hulp door specialisten moet voorts vanzelfsprekend steeds mogelijk zijn in alle verpleegtehuizen.

Een verzorgingstehuis is in het algemeen te omschrijven als een inrichting voor hen die, zonder behoefte te hebben aan continue medische zorg, als gevolg van hun lichamelijke, geestelijke en/of sociale omstandigheden, niet (meer) in de vrije maatschappij kunnen verblijven. Daarbij valt te denken aan volwassenen die niet (meer) zelfstandig kunnen zijn, of aan kinderen, die tengevolge van een handicap het noodzakelijke onderwijs niet van het eigen gezin uit kunnen ontvangen. De verzorgingstehuizen zouden nader te differentiëren zijn naar gelang van de mate van maatschappelijke verzorging, die de gehandicapte behoeft”.

Vanzelfsprekend heeft de medicus practicus nog niet veel aan deze definities wanneer hij in een concreet geval moet bepalen of een al of niet veel

hulp behoevende zieke bejaarde moet worden opgenomen en zo ja, waar dit dan dient te geschieden. Op sommige plaatsen is men nu met puntenstelsels aan het experimenteren, hetgeen wel bevredigend zou werken.

*Summary.* Health care for the aged forms a major part of the daily activities of the general practitioner in a western country. A few definitions with respect to this type of care are briefly dealt with and several demographic factors are discussed, such as absolute and relative increase of the aged, age and sex shifts within this population group. The author illustrates their implications for examination and treatment

when dealing with old people with a number of data greatly derived from a nation-wide survey in The Netherlands, under the auspices of the Organisation for Health Research TNO, of the health status of these people by their own general practitioners.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake nomenclatuur van inrichtingen. (1966) Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid no. 7, 897.

Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Leiden, 1966.

Zonneveld, R. J. van. The health of the aged. 1961 Gezondheidsorganisatie T.N.O. publ. A 8. Kon. Van Gorcum en Comp. N.V., Assen.

## *Praktische aspecten van de behandeling van het totale atrioventriculaire block met pacemakers*

DOOR DR. E. DEKKER\*

Bij het totale atrioventriculaire hartblock is de prikkelgeleiding tussen boezem en kamer onderbroken. De kamers zijn nu voor het ritme van hun contracties aangewezen op een zogenaamd idioventriculaire focus, waarvan de activiteit ontwaakt indien vanuit de boezem geen prikkels meer worden voortgeleid. Men neemt aan dat dit focus ergens in het prikkelgeleidend systeem van de kamers is gelegen. Helaas is de automatie van een dergelijk focus vaak onbetrouwbaar. Soms staakt het zijn activiteit, meestal zonder dat wij de oorzaak daarvan kennen. Een kamerstilstand met alle gevolgen van dien, treedt dan op. De doorbloeding van de hartspeer zelf lijdt door deze stilstand waardoor de prikkelbaarheid van het hart toeneemt, zodat het tot paroxysmale ventriculaire tachycardie, ventrikelfladderen en ventrikelfibrilleren kan komen.

Door de invoering van de elektronische pacemakers bij de behandeling van het totale atrioventriculaire block zijn er voor de patiënten grote therapeutische mogelijkheden geopend. Vroegtijdige herkenning, goede indicatiestelling en adequate nazorg zijn echter belangrijke voorwaarden voor het welslagen van deze behandelingswijze. De huisarts kan daarbij een belangrijke rol spelen. In dit overzicht zal vooral aandacht worden besteed aan die aspecten van diagnostiek en therapie, die voor de medicus practicus van belang zijn. De meer technische specialistische aspecten van de pacemakertherapie zullen slechts ter sprake komen voor zover dat voor een beter begrip nuttig is.

*Etiologie.* De etiologie van het totale atrioven-

trriculaire block is praktisch vaak van ondergeschikt belang: fibreuze degeneratie, sclerose van de coronairvaten, chirurgische traumata, diverse aandoeningen in het gebied van de aortakleppen en congenitale aandoeningen kunnen de oorzaak zijn. Wel van praktisch belang is te weten dat digitalisoverdosering en therapie met chinidine een totaal block kunnen veroorzaken. Ook moet men aan deze complicatie denken als een patiënt met een hartinfarct in shock raakt met een langzame pols. Tenslotte kan bij acuut reuma en difterie een totaal block optreden, dat bij difterie soms moeilijk is te herkennen, omdat de polsfrequentie zelfs meer dan 80 per minuut kan bedragen.

*Diagnose.* De juistheid van de diagnose kan zonder specialistische onderzoeksmethoden lang niet altijd worden bewezen, wel kan men sterke vermoedens hebben op grond van een of meer van de volgende verschijnselen:

- 1 Een langzame hartwerking: minder dan 50 per minuut en meestal regelmatig.
- 2 Kortdurende aanvallen van bewusteloosheid.
- 3 Speciaal gericht fysisch onderzoek.

*Ad 1 Een polsfrequentie minder dan 50 per minuut.* Op zichzelf is dit niet bewijzend voor het bestaan van een totaal block. Een sinusbradycardie en een partieel (2 : 1, 3 : 1) atrioventriculaire block, die eveneens een trage polsfrequentie kunnen veroorzaken kan men soms onderscheiden door de patiënt enige lichamelijke arbeid te laten verrichten. Bij sinusbradycardie en bij het partiële block zal de hartfrequentie daardoor in het algemeen toenemen en bij verworven totaal hartblock meestal constant blijven.

Bij patiënten met boezemfibrilleren die een te hoge dosis digitalis kregen, kan een zeer langzaam,

\* Naar een voordracht, gehouden tijdens de nascholingscursus voor huisartsen 1965-1966 in de Universiteitskliniek voor Cardiologie te Amsterdam (Hoofd: Prof. Dr. D. Durrer).