



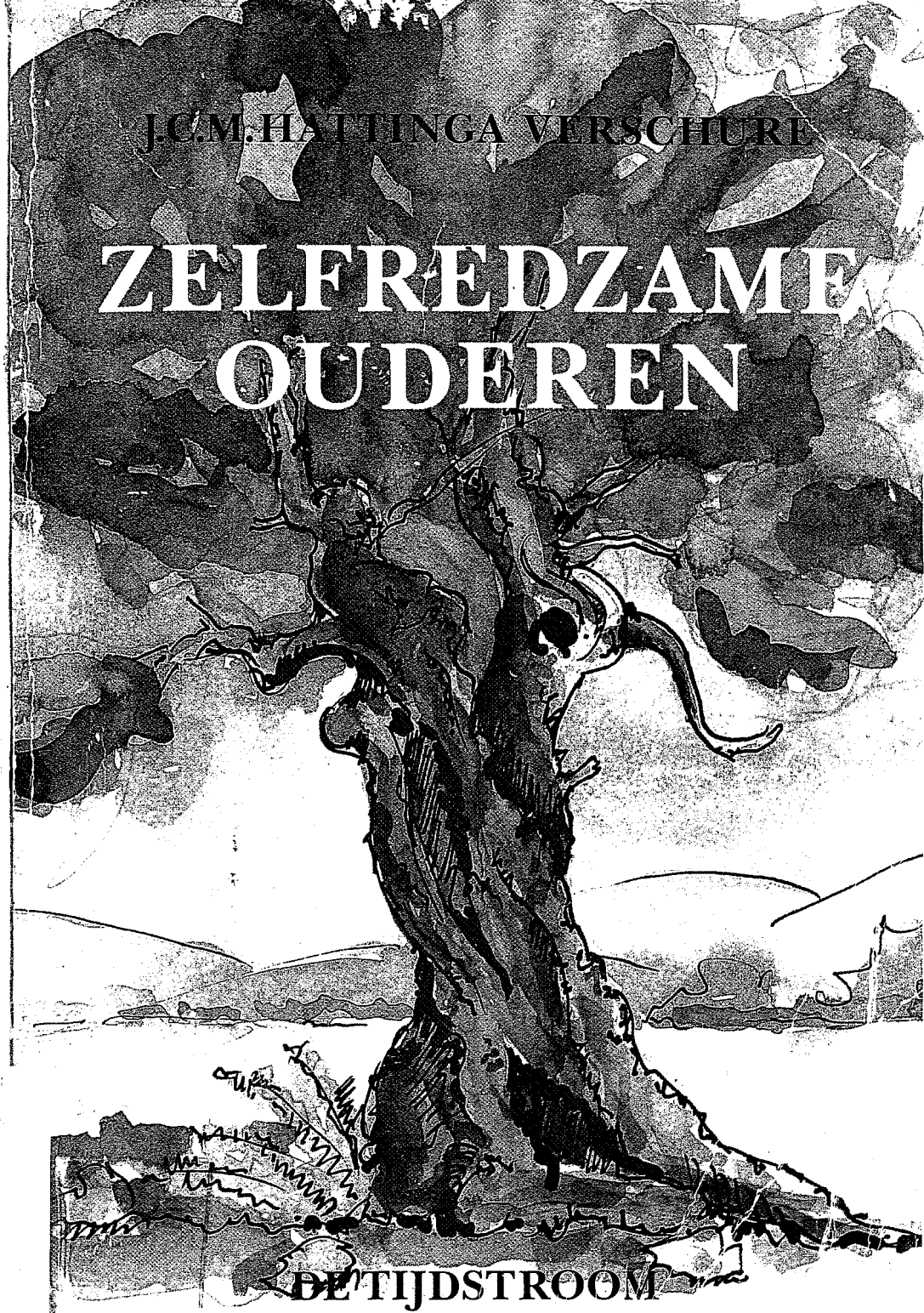
Dit boek is in het bijzonder geschreven voor ouderen. Een goede kwaliteit van hun bestaan vereist namelijk meer informatie over het wezen en de betekenis van zelfredzaamheid. Maar ook degenen die mantelzorg verlenen (partner, kinderen, bureu) zijn gebaat met een helder beeld van de mogelijkheden en grenzen van hulp.

In Nederland neemt, evenals trouwens in de meeste andere West-europese landen, de vergrijzing hand over hand toe. Nu de financiële middelen begrensd blijken te zijn, is meer zelfredzaamheid aangewezen. Bij goede toepassing neemt de kwaliteit van het bestaan toe, in plaats van af! Daarom is dit boek zowel voor ouderen als hulpverleners - die alleen maar goed op zelfredzaamheid kunnen inspelen als ze er veel van weten - waardevol.

De auteur, prof. dr. J. C. M. Hattinga Verschure, heeft al veel gepubliceerd, bij De Tijdstroom onder andere 'Het verschijnsel zorg' (1981). Als hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Utrecht heeft hij de zorgkunde ontwikkeld. Hattinga Verschure is inmiddels 73 - en schrijft dus zelf als oudere.

HATTINGA VERSCHURE | ZELFREDZAME OUI

MG  
EBF  
167



J.C.M. HATTINGA VERSCHURE

# ZELFREDZAME OUDEREN

DE TIJDSTROOM

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See [www.historyofsocialwork.org](http://www.historyofsocialwork.org)

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie [www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

M6  
EAF  
164

# ZELFREDZAME OUDEREN

J.C.M. Hattinga Verschure

1987

UITGEVERSMATSCHAPPIJ DE TIJDSTROOM  
LOCHEM - GENT



CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hattinga Verschure, J.C.M.

Zelfredzame ouderen / J.C.M. Hattinga Verschure. - Lochem [etc.] : De Tijdstroom. - III.  
Met lit.opg.  
ISBN 90-352-1175-8  
SISO 324 UDC 364-053.9 NUGI 735  
Trefw.: ouderen.

© 1987 by Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom bv, Lochem

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j<sup>o</sup> het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

D/1987/2966/25

## ZELFREDZAME OUDEREN

Al tussen 55 en 65 jaar begint tegenwoordig je 'derde levensfase' en word je tot de ouderen gerekend. Die fase is haast even lang geworden als de eerste fase, de jeugdijaren, of de tweede fase, de arbeidsjaren. Ze is niet meer een soort toegift maar een wezenlijk bestanddeel van een mensenleven, met eigen identiteit en levensopgave, net als de eerste en tweede fase. De jongeren moeten veel leren en een plaats in de maatschappij proberen te veroveren.

De **werkenden** zitten vast aan werktijden en plichten en de stress van zich te handhaven of verder vooruit te komen.

De **ouderen** hebben steeds meer hun eigen opgaven en stress ontdekt: het intact houden van hun levenslust en hun zelfredzaamheid om hun bestaan prettig maar ook menselijk, nuttig en waardig af te ronden.

Die **zelfredzaamheid** betreft dus het lichamelijke maar ook het geestelijke en sociale vlak. Dat gebeurt niet louter door zelfzorg maar in goed samenspel met mantelzorg in zijn vele vormen en zo nodig ook met beroepszorg. Het is dit brede concept van zelfredzaamheid dat wij in dit boek willen invullen. Ik kon daarbij putten uit meerdere bronnen: mijn wetenschappelijke onderzoeken sinds 1970 over het zorgen, vele wetenschappelijke publikaties in binnen- en buitenland, de nota's en commentaren betreffende het overheidsbeleid inzake zorgvernieuwing, talrijke reacties in kranten en tijdschriften.

Tenslotte wil ik graag dank brengen aan de volgende personen die het manuscript kritisch hebben doorgelezen en tal van nuttige suggesties en aanvullingen gaven: mijn echtgenote mevrouw C.M. Hattinga Verschure-Smulders die met mij al 45 jaar mantelzorg-ervaring deelt; mijn broer Chris als alleenwonende zelfredzame 80-jarige; mijn dochter Beatrijs, verpleegkundig docente aan een centrale opleiding voor ziekenverzorgenden, pastor Marinus van den Berg, auteur; Drs. M. Knapen, socioloog, wetenschappelijk onderzoeker aan het Instituut voor Toegepaste Sociolo-

gie te Nijmegen, met name ook over het zorgvermogen; Dr. C. Knipscheer, gerontoloog aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, Prof. Dr. Guus Schrijvers, gezondheidseconoom en Drs. Jan Maarten Boot, medisch socioloog, beiden verbonden aan het Instituut voor Algemene Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Met het oog op vlotte leesbaarheid van dit boek, heb ik afgezien van een volledig noten- en referentieapparaat.

## INHOUD

### HOOFDSTUK 1. ZELFZORG EN MANTELZORG 'IN DE LIFT' 11

1. Op jezelf wonen 11
2. De ommezwaai 11
3. Nieuw regeringsbeleid 14
4. Alleen maar voorzieningen? 15
5. Vooral de ouderen 16

*Y etc.*

### HOOFDSTUK 2. ZELFZORG.

#### VOORWAARDE VOOR ZELFSTANDIG BESTAAN 19

1. Het bewegingsapparaat 19
2. Botten sterk houden 20
3. Soepele gewrichten 21
4. Spieren en zenuwen 21
5. Heel de machinerie 22
6. De bijkomende 'spin-of' 23
7. Waar ligt de grens 23
8. Bewegingsefficiency 24
9. Sleutel voor zelfredzaamheid 26
10. Matthijsje 26
11. Rusten en inslaaptrucs 27
12. Nieuws over de slaap 28
- 13. De gevreesde ADL-stoornissen 29
14. Verlies voorkómen 31
15. Draagkracht vergroten, draaglast verkleinen 32
16. Zorg voor de zintuigen 34
17. Het dikke lijf 35

18. Veiligheid in huis 36 *et*  
 19. Huishoud-zorg 41  
 20. Het geheugen 46  
 → 21. Blijven zitten of verhuizen 49 "

### HOOFDSTUK 3. ZELFZORG VOOR DE KWALITEIT VAN HET BESTAAN 52

- A. Zorg voor de 'grote dingen' 52  
 B. Tegengaan van ziekten 54  
 1. Zelfcontrole 54  
 2. Gezondheidsbedreigende gewoonten 56  
 3. Het 'life-capital' 61  
 C. Zorg voor 'leefbaarheid' 61  
 1. Comfort 61  
 2. Luxe 64  
 3. Tijdsbesteding 64  
 4. Alleen-zijn 66  
 5. Afwenden van eenzaamheid 67  
 6. Geldzaken 70  
 D. Ouderen en hun liefdes-kring 70  
 1. Liefde en seksualiteit 71  
 2. Een nieuwe partner? 72  
 3. De kinderen 73  
 4. De kleinkinderen 75  
 E. Existentiële zelfzorg 76  
 1. Een levensdoel 76  
 2. De voltooiing 78  
 3. Een toekomst als oudere 79  
 4. Verwachting en vervulling 80  
 5. Welvaart en welzijn 81  
 ⑥ Het emotionele spanningsveld 81  
 7. Geloven 82  
 8. Zelfzorg rond het levenseinde 84  
 9. En dan? 86  
 10. Schokkende gedachten 88

### HOOFDSTUK 4. MANTELZORG 91

1. Het simpele zorgen 91  
 2. Wat is mantelzorg precies? 92  
 3. Wat kan mantelzorg allemaal? 92  
 4. De genoten 94  
 5. Netwerken 95  
 6. Welke mantelzorger zorgt wáárvoor? 99  
 7. Waarom doen mensen al die moeite? 103  
 8. Wederkerigheid van zorgverlening 107  
 9. Is mantelzorg niet ouderwets? 110  
 10. De toekomst van mantelzorg 112  
 11. Kunnen zelfzorg en mantelzorg schadelijk zijn? 115

### HOOFDSTUK 5. ZELFREDZAAMHEID IN DE KNEL 117

1. Help, help! 117  
 2. Familieconsultatie: zelfredzaamheids-consultatie 117  
 ③ Het medisch hulpvraagbesluit 119  
 4. Het bewegingsapparaat wil niet meer 122  
 5. Hulp bij ADL-functies 124  
 6. Thuisverpleging en thuisverzorging 126  
 7. Ouderdomsdepressie 127  
 8. Dementie en zelfredzaamheid 127  
 9. Zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen 132  
 10. Vrijwilligershulp 136  
 ⑪ Mantelzorg bij een levenseinde 138  
 ⑫ Zorgmix 140

### HOOFDSTUK 6. THUIS KAN HET ZO NIET LANGER 144

- A. De alternatieven 144  
 B. Beschermd wonen 145  
 1. Service-flats 146  
 2. Aanleunhuisvesting 146  
 3. Samenwonen 147

- 4. Woongroep; woongemeenschap 148
- 5. Het besluit nemen 149
- C. Het verzorgingshuis 150
  - 1. Levenscontinuïteit 152
  - 2. De 'woon-carrière' 153
- D. Het verpleeghuis 154
  - Het leefbaar verpleeghuis 156

#### HOOFDSTUK 7. ZAL IK ER WAT MEE DOEN? 157

- 1. 'Laat maar!' 157
- 2. Het pietluttige bestaan? 159
- 3. Speelse zorg 160
- 4. De doods-keuze 162
- 5. De tegenpolen 164
- 6. 'Geluk' 165

#### HOOFDSTUK 8. MEER INFORMATIE 167

- A. Adressen 167
  - 1. Hulpinstanties vlakbij 167
  - 2. Gezond bestaan: meer info 167
  - 3. Veiligheid in huis: meer info 168
  - 4. Technische hulpmiddelen 168
  - 5. Ouderen-tijdschriften 168
- B. Boeken 169

#### REGISTER 174

## 1. ZELFZORG EN MANTELZORG 'IN DE LIFT'

### 1. 'OP JEZELF WONEN'

De overgrote meerderheid van de ouderen woont zelfstandig. Uit onderzoek is gebleken dat verreweg de meeste ouderen ook grote voorkeur geven aan zelfstandig wonen. Daar worden veel redenen voor genoemd. Allereerst de grote vrijheid die je dan hebt, maar ook het kunnen behouden van je inboedel is van groot belang, want die vormt het herkenbare thuis dat vaak in allerlei opzichten je levensgeschiedenis weerspiegelt. Thuis, dat is je eigen 'nest'. Daar gelden de regels die je zelf stelt: zo netjes of zo rommelig als je het zelf prettig vindt. Mensen hebben - net als dieren - een oerbehoefte aan een stukje eigen ruimte, een 'territorium'.

Nu is daar bijgekomen dat de regering dit zelfstandig wonen ook is gaan bevorderen. Het is veel moeilijker geworden om in een verzorgingshuis te worden opgenomen. Als gezonde oudere kan je het wel vergeten!

### 2. DE OMMEZWAAI

Dat is niet altijd zo geweest. In de jaren zestig en zeventig kon iedere oudere die er wat moeite voor deed, wel in een verzorgingshuis komen; in een 'bejaardenoord' zoals de term officieel luidde. Rond 1980 woonde dan ook in Nederland 14,5 % van de 65-plussers in een tehuis. (In België en Frankrijk was men zover niet gegaan. Daar was het maar 5 % en in het rijke Duitsland zelfs maar 4,5 %!)

Wij hadden dus bijna driemaal zoveel van die kostbare voorzieningen dan onze buurlanden. De kosten liepen dan ook vreselijk hoog op. In 1983

gaven we in Nederland, alleen voor de bejaarden boven 75 jaar, per jaar al 11.7 miljard gulden uit voor hun gezondheidszorg en dienstverlening. In de hele sector van de gezondheidszorg werkten er in 1985 al rond de 450.000 mensen en waren de kosten opgelopen tot boven de 40 miljard gulden. Hebben we in Nederland dan met geld gesmeten? Welnee! We konden het doen want onze economie bloeide en we hadden bovendien een stel gasbellen waardoor de miljarden bij tientallen uit de grond spotten. Bovendien waren wij niet de enigen die dit beleid voerden. Het gebeurde in alle westerse industrielanden, maar wij moesten wel weer zo nodig 'vooroplopen'. De verzorgingsstaat was een blinkend ideaal dat we aan het verwezenlijken waren. Het leek erop dat het einde in zicht kwam van armoede, beperkingen, lijden en onzekerheid. (De technologie met zijn computers, chips, niertransplantaties, hartoperaties, special care-afdelingen en super-specialisten leek eindeloze mogelijkheden te kunnen scheppen. De levensverwachting nam steeds verder toe. De dood leek wel op de vlucht gedreven en het aards paradijs binnen handbereik.)

Maar in de jaren tachtig is er een ommezwaai op gang gekomen. De economie zakte een beetje in. (Niet dat we 'de buikriem' moesten gaan aanhalen, maar het besef begon door te dringen dat er geen bomen kunnen blijven bestaan die tot in de hemel groeien. Als er wind opsteekt, dan gaan juist die het eerst tegen de vlakte. En niet louter omdat het onbetaalbaar begon te worden.)

Nee, we kwamen voor een grote verrassing te staan. Hoe beter je ouderen ging verzorgen en hoe minder ze hoefden te doen, hoe meer ze in hun gedrag achteruit bleken te gaan! Uit grote onderzoeken op gerontologisch gebied (vooral door de Bonner school in West-Duitsland) kwam vast te staan dat ouderen die totaal verzorgd werden en zelf niets meer hoefden te doen, inboetten aan lichamelijk en geestelijk prestatievermogen, vergeleken met eenzelfde groep leeftijdgenoten die zich thuis zelf konden en moesten redden. Zelfredzaamheid bleek beter en gezonder dan de meest uitgebreide verzorging. Onze voorouders wisten dat allang. Het klinkt heel aardig om 'iemand in de watten te leggen' maar het loopt uit op 'rust-roest'.

Kortom, de verzorgingsstaat begon zijn grenzen te ontdekken. Ze had veel bittere nood weggenomen, maar ze bleek niet in staat om verder te komen op de weg die van welvaart naar welzijn zou moeten leiden. Halverwege kan ze komen door het scheppen van goede voorwaarden voor welzijn. Maar dan moet dat welzijn verder worden geschapen door de mens zelf,

samen met zijn directe omgeving en hoge prioriteit krijgen. Halverwege bovendien omdat bij economische teruggang de kosten voor de gemeenschap te zwaar worden. Op den duur ondraaglijk zwaar. De verzorgingsstaat doet dus een beroep op haar burgers om meer dan voorheen hun persoonlijke aandeel te leveren in het verwezenlijken van een welzijnsamenleving. Dat is de kern waar heel de grote koersverandering om draait. Het moet een evenwichtig samengaan worden van de (wat beperktere) verzorgingsstaat met een (versterkte) zorgzame samenleving. Die zorgzame samenleving betekent dus niet dat 'de mensen nu aan hun lot worden overgelaten'. Politici die het er teveel van moeten hebben om 'leuke dingen voor de mensen te doen', willen dat nog wel eens beweren. Maar in alle westerse landen zie je eenzelfde ommezwaai, of ze nu een conservatieve, centrum- of linkse regering hebben. De hele veranderingsbeweging kunnen we schetsmatig als volgt weergeven:

#### beweging van links naar rechts

verzorgingsstaat wat afzwakken	zorgende samenleving versterken
zwaartepunt op genezen	zwaartepunt op voorkómen
minder passief consument zijn van zorgverlening	meer deelhebben in het zorgen door zelfzorg en mantelzorg, op basis van eigen verantwoordelijkheid
afslanking beroepsverlening	meer zelfredzaamheid
minder rekenen op beter maken door de dokter	meer zelfzorg om gezond te blijven
minder bedden en 'plaatsen' in dure verblijfsinstellingen	bij hulpbehoefte meer thuiszorg kunnen krijgen (zelfzorg + mantelzorg + beroepszorg uit de 'eerste lijn')
minder kosten maken in de gezondheidszorg	minder premies en belasting voor de burger
minder afhankelijk van vreemden	meer zorg in eigen leefmilieu



Dat is allemaal gauw gezegd, maar het scheppen van een zorgzame samenleving stuit op grote belemmeringen. Individualisme en anonimiteit bedreigen het herstel van mantelzorg in zijn vele verschijningsvormen. Consumptisme heeft bovendien zijn eigen bekoering. Het gaat dus om een maatschappelijke ommezwaai, die tientallen jaren vergt om zich te voltrekken. Daar zijn er trouwens nu al 15 van om! In 1972 was mijn eigen wetenschappelijk onderzoek aan de Rijksuniversiteit van Utrecht zover gevorderd dat ik een artikel kon publiceren, getiteld: 'Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg', en bij die gelegenheid het woord mantelzorg invoerde. Bijna tien jaar duurde het, voordat men in brede kring notitie begon te nemen van zelfzorg en mantelzorg en de Nederlandse overheid de bakens ging verzetten. Tegenwoordig zijn ze uit de leerplannen van allerlei opleidingen al niet meer weg te denken!

### 3. NIEUW REGERINGSBELEID

Gedragen door de geschetste inzichten, de dringende noodzaak om de uitgaven van de verzorgingsstaat weer in evenwicht te brengen met haar inkomsten, en gesteund door het feit dat bijvoorbeeld ook de Wereldgezondheidsorganisatie haar beleid in de nieuwe richting ontwikkelde, gooide de Nederlandse overheid het roer om. In tal van nota's wordt aan het veranderingsproces gestalte gegeven. Er wordt een wettelijk instrumentarium gemaakt om de overmatig gegroeide omvang van de instellingen in te perken. In de nota Bouwstenen bejaardenbeleid (1982) wordt gesignaleerd dat de te sterke ontwikkeling in de sectoren van de beroepszorg de zelfzorg en mantelzorg van bejaarden heeft doen vermindern. In de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983) wordt gezegd: 'Zorg die nodeloos afhankelijk maakt, moet met het oog op het belang van de patiënt, worden vervangen door zorg die de eigen activiteiten en het benutten van resterende mogelijkheden stimuleert'. In de nota Flankerend bejaardenbeleid wordt zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerszorg onder de titel van 'informele zorg' als onmisbaar naast de 'formele' beroepszorg gesteld. Nota 'Zorg voor ouderen, nota 2000': stap voor stap gaat het beleid verder in de geschetste richting.

Heel wat ouderen worden bezorgd en soms zelfs verontwaardigd als ze horen over de beperkingen die bijvoorbeeld aan verzorgingshuizen gesteld

worden. Maar laten we vooral ook kijken naar de maatregelen die er genomen worden opdat ouderen, ook als zich handicaps gaan voordoen, beter in staat zullen zijn om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. En dat willen de meesten van ons nu juist zo graag!

Er komen steeds meer geschikte woningen voor ouderen, waarover verderop meer. De dienstverlening in de 'eerstelijns', de thuishulp en thuiszorg, wordt stap voor stap uitgebreid en versterkt. Het is uiteindelijk de bedoeling dat gelden die vrijkomen doordat minder verslonden wordt door de kostbare verblijfsvoorzieningen, (deels) ter beschikking komen van nieuwe hulpmiddelen (zoals alarmeringssystemen, betere vervoersmogelijkheden voor gehandicapte ouderen, ontwikkeling van wijkdienstverlening vanuit tehuizen, maaltijdvoorzieningen, enzovoorts). In 1984 was daar 28 miljoen voor beschikbaar, in 1985 50 miljoen, in 1986 75 miljoen en dat lijkt voorlopig zo te blijven. Als wij als ouderen ons meer bewust worden dat wij tezamen een groot kiezersvolk vormen, kunnen wij bovendien op dit beleid veel meer invloed uitoefenen dan nu het geval is, bijvoorbeeld via de programma's van politieke partijen.

### 4. ALLEEN MAAR VOORZIENINGEN?

Nee, nee! Want dan zitten we nog helemaal op de toer van de verzorgingsstaat! Voor een succesvolle maatschappij-verandering is het nodig dat de burgers hun zelfzorg weer beter gaan behartigen en op een nieuwe manier beter met elkaar omgaan en voor elkaar zorgen. Een oudere mens kan meestal veel langer zelfstandig blijven als hij zijn zelfzorg opnieuw volop de kans geeft om met alle mogelijkheden die onze tijd biedt, optimaal te functioneren. Dat geldt zowel voor de lichamelijke zelfzorg als voor de psychische, emotionele zelfzorg. Ook de zorg om 'erbij te blijven horen' en je relaties goed te houden met de mensen waarop je dagelijks bent aangewezen, is een hoogst belangrijke opgave. Zelfzorg, samen met mantelzorg, vormt de basis van de zelfredzaamheid. Als we daar niet uithalen wat er redelijkerwijs inzit, plaatsen we onszelf in de gevarezone van onnodige afhankelijkheid en veroorzaken we onnodige kosten die door andere Nederlanders verdiend moeten worden. Want alle beroepszorgverlening voor ouderen zou ook in de toekomst voor velen nog onbetaalbaar zijn, als ze niet voor het grootste deel betaald werd door het Nederlandse volk dat hier belasting voor moet opbrengen.

Goede zelfzorg, goede mantelzorg, bij gezondheid, bij ziekte en tegenslag, wat houdt dat allemaal in? Die invulling is verschillend naar gelang de leeftijd. Wat zijn de sterke en de zwakke kanten van zelfredzaamheid van de oudere mens. Kan je zelfredzaamheid versterken of vergemakkelijken naarmate de omstandigheden dat vergen? Kortom, hoe kan ik eraan bijdragen om in deze veranderende maatschappij mijn eigen zelfstandigheid en **welzijn** als oudere nu en in de toekomst zo goed mogelijk op peil te houden? Want zelfredzaamheid gaat om grote dingen. Niet enkel om 'handige zorgoefjes', maar ook om de hele wijze van bestaan.

## 5. VOORAL DE OUDEREN

Wat voor alle Nederlanders geldt, gaat in het bijzonder op voor de ouderen. Daar zijn twee redenen voor:

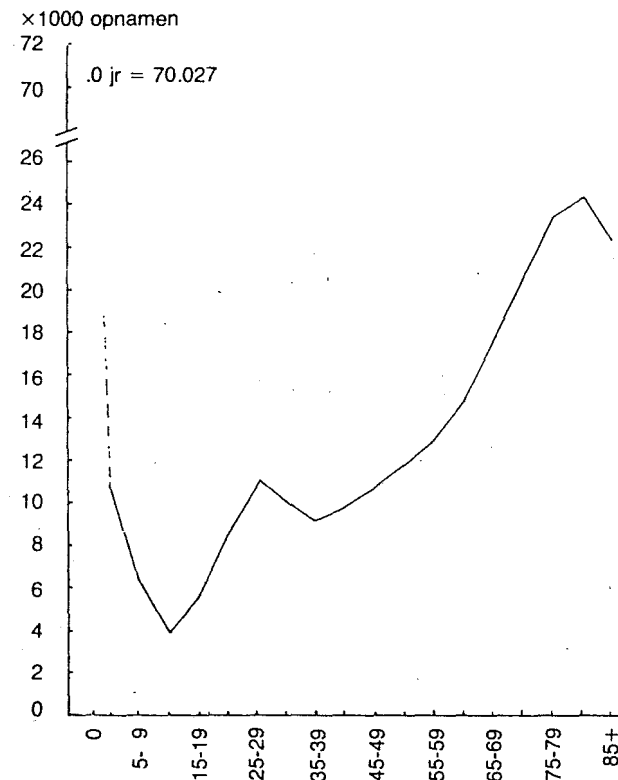
- Er komen steeds meer ouderen. De lasten die zij veroorzaken, moeten grotendeels gedragen worden door de werkende bevolking, zoals de ouderen die vroeger zelf gedragen hebben voor hun kinderen en bejaarden.
- Hoe ouder een bevolkingsgroep, hoe meer behoeften die krijgt aan allerlei zorgverlening die de zelfredzaamheid teboven gaat.

Om hoeveel mensen gaat dat dan? Je kunt nu al vrij nauwkeurig uitrekenen hoeveel 'oude-ouderen' we hebben en hoe die aantallen zich ontwikkelen in de komende tientallen jaren. We moeten een onderscheid maken tussen 'oude-ouderen' en 'jonge-ouderen', want het begrip oudere is de laatste tiental jaren sterk uitgebreid. Vroeger was de grens 65 jaar, namelijk de pensioenleeftijd. Maar nu is dat anders, want er zijn tal van 'VUT-ouderen', 'TVG-ouderen' en mensen die weliswaar in de WAO zijn terechtgekomen maar in de dagelijkse bezigheden nog heel goed meekunnen. Deze 'jonge-ouderen' moeten we dus maar liever niet meerekenen. Verreweg de meesten zijn zelfredzaam. Maar bij toenemende leeftijd gaat het aantal zelfredzamen afnemen en neemt de consumptie van beroepszorg toe. Om hoeveel 65-plussers gaat het dan en om hoeveel 75-plussers?

In 1986 waren er ruim een miljoen mensen tussen de 65 en 75 jaar in Nederland en bijna driekwart miljoen boven de 75 jaar! Maar de beleids mensen kijken nog veel bezorgder naar de bevolkingsprognoses.

Volgens de 'middenvariant' van de vooruitberekening zal het percentage 65-plussers steeds verder stijgen en in het jaar 2000 al 13,3 % van de Nederlandse bevolking uitmaken, terwijl de stijging van het aantal hoogbejaarden nog veel sterker zal zijn. Men spreekt dan ook van dubbele vergrijzing. Veel meer 'oude-ouderen' dus.

En nu de 'zorgconsumptie'. Als illustratie geef ik hier de grafiek over het jaar 1982 waarin te zien is hoeveel Nederlanders er dat jaar in een ziekenhuis werden opgenomen, uitgesplitst per leeftijdsgroep. Boven 50 jaar begint dat aantal sterk te stijgen en boven 70 jaar nog sterker. (Dr. Hoogendoorn)



Aantal opnamen per 100.000 van de bevolking naar leeftijd, 1982.

Van de 685.000 ouderen boven 75 jaar, die Nederland in 1983 telde, is bijna de helft nog geheel zelfredzaam. Maar anderzijds betekent het, dat toch maar liefst 350.000 van hen een voortdurend beroep doen op voorzieningen voor hulp, tot de dood toe. Die dood is dan vaak nog een heel eind weg. Als men de leeftijd van 80 jaar bereikt heeft, dan is de levensverwachting voor mannen nog 6,4 jaar en voor vrouwen 7,8 jaar.

Er komen dus méér ouderen en die zullen bovendien per oudere gemiddeld meer zorgbehoeften hebben. Dat gaat dus **dubbel-op!** Al die zorgverlening legt nu al een zware last op de schouders van de werkende bevolking. In de toekomst kan ze eronder bezwijken als we nu de bakens niet gaan verzetten. Vandaar de roep, allerwege om zelfredzame ouderen.

## 2. ZELFZORG. VOORWAARDE VOOR ZELFSTANDIG BESTAAN

### 1. HET BEWEGINGSAPPARAAT

'Ik kan nog goed uit de voeten, dus ik heb verder geen behoefte aan informatie'. Jammer, als iemand dat zegt, want het gaat er niet om of het nu op het 50ste of 60ste of 70ste jaar nog goed werkt, maar of het goed blijft werken tot het einde toe! Zo niet, dan is dat vaak bijzonder zuur voor de laatste levensjaren. Je hebt immers je bewegingsapparaat nodig voor alle gewone dagelijkse levensverrichtingen die mensen nu eenmaal liever niet door een ander willen laten doen, zoals aan- en uitkleden, toiletgang, zelf je bord leegeten, enzovoorts. Toch dus maar kijken hoe je het bewegingsapparaat in een zo goed mogelijke conditie kunt houden.

Het bestaat uit vier soorten onderdelen: botten, gewrichten, spieren en zenuwen. Elk daarvan is onmisbaar en elk van de vier kan gestoord raken. Bij ouder worden neemt het prestatievermogen van het bewegingsapparaat af, ook in volle gezondheid. Dat weet iedereen en daarom slaan we de handen in elkaar van verbazing als Joop Zoetemelk op zijn 38ste nog wereldkampioen wielrennen wordt. De afname van de capaciteit is dus geen kwestie van een 'ouderdoms-stoornis'! Ze begint al in de late jeugd. Maar je merkt het in het dagelijks leven meestal pas op hogere leeftijd. De functievermindering gaat over de hele linie. De botten worden op den duur breekbaarder omdat hun kalkgehalte vermindert. De spieren worden slapper en dunner, zodat je minder kracht kunt zetten. De gewrichten vertonen vaak slijtage op hun kraakbeenvlakken, waardoor ze wat pijnlijk en stijver worden. We spreken van arthrose of reumatische klachten zonder dat er nu van een echte ziekte sprake is. En tenslotte de zenuwen. Ze vormen het besturingsstelsel van het bewegingsapparaat. Dat wordt er ook al niet beter op. Zenuwontstekingen of hersenaandoeningen kunnen een zenuwfunctie geheel of gedeeltelijk uitschakelen.

Maar alleen al het afnemen van onderhuids vet, zoals we bij oudere mensen aan armen en benen vaak zien, heeft tot gevolg dat ze minder veilig zijn 'ingepakt' en meer last hebben van druk op de zenuwdraden, wat leidt tot tintelen en 'slapen' van handen of voeten.

## 2. BOTTEN STERK HOUDEN

Voor elk van de vier onderdelen van het bewegingsapparaat kunnen we tijdig iets doen om ze 'in conditie' te houden. Allereerst de botten. Uit talrijke onderzoeken weten we dat een orgaan dat onvoldoende gebruikt wordt, achteruit gaat. Hoe meer we dus stil zitten en ons onnodig laten verzorgen, hoe slechter dat is voor het botstelsel. De gewone belasting met dagelijkse bezigheden is het beste. Dat is afwisselend en op die manier worden alle botten op hun beurt belast. Wandelen hoort daar ook bij. Maar overdrijving deugt ook niet! Er hoeft helemaal niet gegogged of getrimd te worden. Veel beter is het om ervoor te zorgen dat die arme botten niet heel de dag tien of twintig kilo extra vet onnodig moeten voortslepen. Denk eens aan die arme ruggewervels waar die dikke buik en dikke billen aanhangen. En dan de kwestie van het kalkgehalte. De sterkte van de botten berust op hun gehalte aan calciumfosfaat. Op hogere leeftijd wil er nogal eens wat van die kalk verloren gaan. Als je oudere mensen lang in bed legt en de botten dus niet belast worden, kan dat verlies heel hard gaan. Zo zelfs, dat er zoveel kalk met de urine verloren gaat dat er nierstenen door ontstaan! Voldoende beweging houdt ontkalking tegen. Het innemen van allerlei kalkpreparaten is in de mode gekomen nu die botontkalking - osteoporose - algemener bekendheid heeft gekregen. Zo steeg de verkoop van kalkpreparaten in de Verenigde Staten in zes jaar tijds van 18 miljoen dollar naar 240 miljoen per jaar! Helpt dat? Welnee! Alleen als iemand jarenlang te weinig kalk in zijn voedsel had, heeft extra kalkgebruik zin. Wie normaal voldoende melk en kaas gebruikt, krijgt kalk genoeg binnen. Intussen gaat het wetenschappelijk onderzoek naar osteoporose intensief voort, want een botfractuur is voor oudere mensen vaak rampzalig. De chirurg Dr. van Mourik vermeldde dat er in Nederland elk jaar zo'n 10.000 ouderen hun heup breken. Daarvan overlijden er in de eerste maand niet minder dan 1000 en na 3 maanden zijn daar nog eens 700 sterfgevallen bijgekomen! Hij zegt dat we op nog betere chirurgische behandelmethoden niet

moeten rekenen en dringt er met klem op aan dat mensen ervoor waken om geen heupfractuur te krijgen. Als we over veiligheid komen te spreken, krijgt dit natuurlijk volle aandacht. Meer dan de inbreker die een oude man of vrouw doodslaagt. Dat is natuurlijk afschuwelijk, maar het gebeurt misschien maar tien keer in een heel jaar en dan staan de kranten er vol van. Maar van die 1700 doden door heupfractuur hoor je haast niets! Dat is geen sensationeel nieuws en dus ontsnapt het maar al te gemakkelijk aan de aandacht. Tot je er op een keer bijhoort! De laatste tijd schijnt het percentage heupfracturen met dodelijke afloop wat te dalen. Maar toch!

## 3. SOEPELE GEWRICHTEN

Ook daar kunnen we wel iets aan doen. Allereerst is het belangrijk om te waken voor overbelasting. Daar komt natuurlijk dus weer het lichaamsgevoel op de proppen. Wie 15 kg overgewicht heeft, loopt als het ware de hele dag rond met 2 volle emmers water! Als iemand het voor zijn beroep 16 uur per dag zou moeten doen, zouden de kranten er schande van spreken. Vooral de talrijke gewrichtjes van onze wervelkolom worden dan te zwaar belast, maar ook de heup-, knie- en voetgewrichten. Geregeld normaal gebruik van onze gewrichten in het gewone huiselijke bezigzijn, doet ze goed. Net als warmte. De politiecommissaris uit de detectiveverhalen van J.H. van de Wetering gunt zich graag een lekker warm bad als hij teveel gewrichtspijnen heeft. Kraken van gewrichten is nog geen reden om naar de dokter te gaan, maar pijnlijke gewrichten die bovendien warm aanvoelen zijn dat wel. Dan is er ontsteking en moeten ze behandeld worden.

## 4. SPIEREN EN ZENUWEN

Ook hier weer hetzelfde liedje. Wie ze te weinig gebruikt omdat hij zich 'stijf' of juist 'slap' voelt, laat de spieren de kans om verder achteruit te gaan. Daardoor word je nog stijver of nog slapper en zo hobbel je onnodig bergaf. Als er één ding zeker is, dan is het de slogan: 'activiteit is leven'. Op die grond wordt in de verpleeghuizen ook zo veel gedaan aan oefentherapie en activiteiten. Alleen is het dan voor veel mensen al te laat! 'Goed blijven' is niet enkel boffen! Het is ook goed geïnformeerd zijn over de

dingen waar het op aankomt. En wie dan verzucht: 'Oh, als ik maar op mezelf kan blijven wonen', die moet het er dan tijdig voor overhebben om echt zorg te dragen voor het bewegingsapparaat. Voor veel functies kan dat dus heel goed, voor andere minder. Aan het 'kabelnet' van je zenuwstelsel kan een mens niet zoveel doen. Veel ouderen nemen nu en dan eens een paar weken elke dag een dragee 'vitamine B-complex forte'. Ik doe dat zelf ook, als internist. Ik weet dat er collega's zijn die daar de schouders over ophalen. Maar kwaad kan het niet en ik ben er in ieder geval van verzekerd dat een voor mijn zenuwstelsel schadelijk vitaminetekort is uitgesloten.

Voor de werking van de hersenen kunnen we wel heel belangrijke dingen doen. Het voorkómen van een hersenbloeding is daar een belangrijk voorbeeld van. Een oude vriend schreef me: 'Ik heb moeten afhaken, ten gevolge van... - je raadt het nooit - obstipatie! Bij te hard persen heb ik een CVA-tje\* gekregen! Gelukkig is het licht, zodat de verlamming niet totaal is.'

Hoge bloeddruk verhoogt het gevaar van een hersenbloeding, maar die kan tegenwoordig meestal met succes bestreden worden met geneesmiddelen en licht dieet. De elektronische bloeddrukmeter maakt het bovendien mogelijk om de bloeddruk zelf te controleren in rust en bij inspanning, zodat men beter weet waar men aan toe is, dan alleen door de incidentele meting van de huisarts.

##### 5. HEEL DE 'MACHINERIE'

We hebben nu de vier onderdelen bekeken, maar hoe staat het met de totaliteit van het bewegingsapparaat? De verhouding tussen diverse onderdelen blijkt van groot belang. Dat treedt bij zware belasting aan het licht. Een gespierde man van 'in de vijftig' wilde indruk maken op zijn dochter en haar vriendinnen. Hij was een schuurtje aan het herstellen en drukte toen uit alle macht de wat doorgezakte nokbalk omhoog om er een stut onder te plaatsen. Krak! Een ruggewervel begaf het en werd in elkaar gedrukt. De spieren waren dus sterker dan de botten. Vaak zijn de spieren ook sterker dan het hart, dat bij grote spierprestatie voor hun verhoogde bloedvoorziening zwaar moet pompen. Het hart begeeft het dan, eerder

\* Vakterm voor hersenbloeding: cerebro-vasculair-accident.

dan de spieren!

Het advies moet dan ook luiden: houdt je bewegingsapparaat flink en regelmatig aan de gang, maar vermijdt altijd om het tot het uiterste te belasten. (Een geregeld gehouden korte wandeling is beter dan nu en dan een grote wandeling om jezelf en je omgeving te bewijzen hoe fit je nog wel bent. Verder is alle huiselijke werk en lichter tuinwerk uitstekend. Ik vind het een beetje kunstmatig als men speciale oefeningen of bejaardengymnastiek gaat doen, zonder eerst het gewone bovenstaande natuurlijke bewegingspatroon ten volle te benutten. Maar als 'geleide bewegingsactiviteit' heeft het wel degelijk zin! De mogelijkheden die daarin zitten, zijn uitgewerkt door de 'Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen', Nieuwe Gracht 69a, 3512 LG Utrecht.)

##### 6. DE BIJKOMENDE 'SPIN-OFF'

Een regelmatige belasting van het bewegingsapparaat brengt nog een heleboel andere voordelen mee, want de spieractiviteit stimuleert de werking van verscheidene andere organen. De bloedsomloop wordt geactiveerd en het hart blijft daardoor in betere conditie (tenzij die wordt afgebeeld door overmatige 'prestatie'-inspanning). De ademhaling wordt krachtiger, zonder dat de inspanning tot hijgen hoort te leiden. De darmen worden tot actie geprikkeld en de eetlust aangescherpt. Een gezonde vermoeidheid vraagt daarna om gezond uitrusten. De slaap kan door goed gedoseerde inspanning sterk worden bevorderd.

Tenslotte nog een aardig aspect: wanneer men in clubverband of alleen maar samen met anderen zijn activiteiten pleegt - bijvoorbeeld wandelingen maken - kan dat het sociale contact versterken. Gezelligheid en vriendschappelijkheid zijn voorbehoedmiddelen tegen eenzaamheid. Zulke sportieve club-activiteiten blijken in Nederland op grond van recente tellingen maar bescheiden ontwikkeld te zijn. Het is gebleken dat maar eenderde van de 65-plussers aan clubsport deelneemt zoals gezamenlijk wandelen, joggen, zwemmen of fietsen.)

##### 7. WAAR LIGT DE GRENS

Hoe weet een mens nu hoe ver hij met zijn inspanning gaan kan. Daarvoor

bestaat een aardig simpel rekenmodelletje dat iedereen zelf voor elk van zijn functies gebruiken kan:

$$\text{het quotiënt} \frac{\text{draaglast}}{\text{draagkracht}}$$

Als beiden even groot zijn, is het quotiënt dus 1. Last en kracht zijn in evenwicht. Het quotiënt mag niet boven de 1 komen. De last is dan groter dan de draagkracht. Dat zou voortploeteren betekenen tot je erbij neervalt. Als het quotiënt dichtbij maar onder de 1 blijft is het goed. Daar ligt de grens. Er is dan ook geen onder-belasting die tot de 'rust-roest'-situatie kan leiden. Als mensen erop gaan letten, kunnen ze voor verreweg de meeste functies zelf heel goed waarnemen waar die grens ligt. Als je hem overschrijdt wordt dat ervaren als onprettig. Als het quotiënt wat onder de 1 ligt wordt de activiteit ervaren als prettig en weldadig. Goed oefenen wil zeggen, een activiteit opvoeren tot het quotiënt de 1 bereikt, maar niet overschrijdt.

(Bij het ouder worden neemt voor heel wat functies de draagkracht onmerkbaar af. In mijn 73ste jaar gekomen lukt het niet meer om 100 meter te hollen om een bus te halen. Vroeger ging het makkelijk, maar daarna werd het hijgen en een bonkend hart. Je weet door zulke overschrijdingen waar de grens voor een bepaalde functie is komen te liggen.)

## (8. BEWEGINGSEFFICIENCY)

Als de draagkracht van het bewegingsapparaat afneemt, kan je een aantal dingen die je nog graag wilt doen, niet of moeilijk volbrengen. De vraag komt aan de orde of daar nog iets aan te doen is, behalve 'forceren'. Het antwoord daarop is bewegingsefficiency. Onder de term 'ergonomie' heeft zich dat tot een heel vakgebied ontwikkeld en in de leerstof voor ziekenverzorgenden wordt daar al enige aandacht aan besteed. Toch is de ergonomie nog vooral gericht op het bedrijfsleven, omdat efficiënt bewegen arbeidsbesparend is en dus de produktiekosten verlagen kan. Helaas is op ergonomisch gebied nog te weinig aandacht en onderzoek gewijd aan de bewegingen die nodig zijn voor de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en het huiselijke werk. Door ergotherapeuten wordt er wel heel wat aan gedaan, maar haast altijd pas als er flinke stoornissen zijn, zoals bij mensen die in een verpleeghuis verblijven. Waar

het om gaat, kan ik illustreren met een voorbeeld.

(Een oude man moet 's morgens uit zijn bed. Hij is nogal stijf en draait zich moeizaam op zijn rug en duwt zich met zijn armen omhoog totdat hij overeind zit. Nu zijn benen buiten bed brengen en verder overeind krabbelen, deels door zich op te trekken aan een beddepost, deels door zich op te duwen. Hè hè, hij staat. Nou ja, ochtendstijfheid dus. Het zal straks wel wat soepeler gaan.

Een andere oude man deed dat heel anders. Hij kende het verhaal van het wijnvat uit de verleden tijd nog. 'Een voerman en zijn knechtje moesten een groot zwaar vat wijn op een wagen laden. Dat lukt ons nooit, zei de jongen, maar de voerman lachte. Hij haalde een lege jute-zak en rolde het vat daar op. Ieder pakte twee punten van de zak en één-twee-hup, daar schoot met een flinke ruk het vat omhoog in de vrachtwagen'. Sjouwers hebben vaak uit ervaring weet van ergonomische principes, die op de mechanica berusten. In dit geval gaat het om het 'vis-à-tergo-principe': als een zwaar voorwerp in beweging is gebracht, wil het die beweging voortzetten. Het wijnvat werd niet in de wagen getild maar geslingerd. Til eens een zware boodschappentas vol aardappelen en fruit op de aanrecht. Loodzwaar! Maar geef die tas een zwaaiende beweging, iets achterwaarts en dan vooruit en hup, daar staat hij moeiteloos op de tafel.

De oude man ging dit principe toepassen. Hij sloeg de dekens van zich af en draaide zijn benen buiten de bedrand. Toen trok hij zijn knieën en onderbenen hoog op, strekte ze en zwaaide ze naar beneden. Hup, daar staat hij ineens en vrijwel moeiteloos naast zijn bed. Alleen door die beenzwaai met aangespannen buikspieren wordt hij door de zwaartekracht zelf als het ware uit bed getild. Mensen moeten zich dit alles tijdig aanwennen, als ze geen last hebben van duizeligheid bij het opstaan en niet te pijnlijk zijn in spieren of gewrichten.)

Het lijkt ingewikkeld als je het beschrijft, maar het is doodeenvoudig als je het eenmaal kunt. Beschrijf maar eens nauwkeurig het schillen van een appel. Dat vereist ook tien regels, terwijl het niets om het lijf heeft. Maar men moet zich zulke 'kunsten' natuurlijk tijdig aanwennen als men nog fit en kwiek genoeg is. Dan kunnen zulke 'ergonomische trucs' als deze bedzwaai een belangrijke mogelijkheid vormen om door letterlijke verlichting van de draaglast, het evenwicht met een geringe draagkracht toch nog intact te houden.

## 9. SLEUTEL VOOR DE ZELFREDZAAMHEID

Ik heb zoveel aandacht besteed aan het bewegingsapparaat omdat het de eerste en voornaamste sleutel voor de zelfredzaamheid is. Als je bewegingsapparaat het af laat weten, hoe moet het dan met de boodschappen, met het huiselijke werk, het eten, de was. Nou, daar is nog wel een oplossing voor te vinden, maar moeilijker wordt het wanneer men niet meer in staat is om zonder hulp uit bed te komen, je te wassen, je aan- en uit te kleden of alleen naar het toilet te gaan!

Het is de moeite waard om wat over te hebben voor je bewegingsapparaat. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft daar interessant materiaal over verzameld. Het blijkt uit tellingen dat een kwart van de mannen boven 80 jaar moeite heeft om zonder hulp de bovengenoemde ADL-functies te verrichten en bijna de helft van de vrouwen boven 80 jaar!

Wat we in het voorgaande geprobeerd hebben, is een schets te geven van wat in vakjargon genoemd kan worden 'preventie van mobiliteits-invaliditeit'. Wanneer zelfzorg op dit terrein **tijdig** wordt opgepakt en goede gewoonten het bewegingsapparaat langer valide houden, zullen de invaliditeitspercentages van hoogbejaarden in de toekomst aanzienlijk kunnen dalen. Honderden miljoenen gulden zijn daardoor per jaar te besparen, maar als u daar lak aan hebt is er altijd nog het volgende.

6

## 10. MATTHIJSJE

Op een ochtend wordt de 2½-jarige Matthijsje door zijn moeder uit zijn bedje getild om hem vlug aan te kleden, want ze heeft haast. De telefoon rinkelt. Als ze terugkomt ligt Matthijs weer netjes onder zijn dekentje en kijkt haar verwijtend aan. Bijna plechtig slaat hij het dek terug, staat op, klimt over de rand en staat weer klaar om aangekleed te worden. **Zelf opstaan dus!** Hij kan het toch! Nou dan, dan moet hij toch niet geholpen worden!

Zulke dingen zelf doen als je kan, zo gauw je het kan, en zo lang je het kan, dat zit in de aard van een mens. Mensen vinden het doodgewoon en vanzelfsprekend. Maar vraag eens hoe mensen het vinden, die het niet langer zelf kunnen! Ik heb ze bij honderden meegemaakt en daarom ben ik dit boek begonnen met het belangrijkste principe van zelfredzaamheid: houd tijdig je bewegingsapparaat op peil!

## 11. RUSTEN EN 'INSLAAP-TRUCS' (eerst 12)

Slapen gaat zo maar niet! Allereerst moet natuurlijk gezorgd worden voor goede omstandigheden (tijd, stilte, donker, goed bed, prettige kussens etc.). Ondanks dat alles heb ik tal van patiënten gehad die klaagden dat ze niet slapen konden. Als ik ze dan verder onderzocht, bleek vaak dat ze zich overdag niet of onvoldoende moe maakten. Rusten zonder dat je iets hebt uitgevoerd heeft niets te maken met **uit-rusten**. Rust hoort bij activiteit, zoals zwemmen bij water hoort. Het rusten krijgt dan een duidelijk element van behaaglijke ontspanning. Door te zorgen voor je bewegingsapparaat zorg je dus tegelijk voor betere kansen op goede rust en goede slaap. Er zijn natuurlijk meer factoren dan lichamelijke moeheid, die de slaap bepalen. Om te beginnen zijn er veel ouderen die vooral moeite hebben met inslapen. Gedachten blijven maar woelen; grote en kleine zorgen spoken rond in je hoofd zonder lijn of zin en zonder tot een oplossing te komen. Om te kunnen inslapen, moet het brein 'leeggemaakt' worden. Daar bestaan trucs voor, zoals 'schaapjes tellen' of een gebed eindeloos herhalen. (Een goede inslaap-truc is het advies van de befaamde Amerikaanse sociaal-psychiater Paul Watzlawick. Hij is een echte 'dwarsdenker' zoals Edward de Bono die zo boeiend beschreven heeft. Watzlawick zegt: 'Je moet helemaal geen moeite doen om in slaap te komen, want dan lukt het juist niet!' Je gaat maar liggen te verlangen dat de slaap komt en je gaat liggen draaien. Je krijgt de kriebels en je benen willen niet stil blijven liggen. Je krijgt steeds meer het land en zo komt er van inslapen totaal niets terecht. Fout, zegt Watzlawick. Je moet het heel anders doen, want de mens is nu eenmaal een bokkig wezen dat juist een andere kant op wil dan zijn baas graag heeft. Ga in bed liggen, doe het licht uit en probeer nu eens om niet in slaap te vallen. Probeer dus je ogen open te houden. In de kamer zijn wat schaduwen te zien, maar daar ben je gauw op uitgekeken. Bovendien krijgen je ogen moeite om die vage beelden te blijven samenvoegen. Ze worden er moe van en willen niets liever dan dichtvallen. Maar dat mag niet! Met moeite houd je ze open. 'Klaas Vaak' uit onze kinderjaren strooit er zand in en ongemerkt zeil je weg. De truc werkt deels omdat je geest bezig is om alsmaar die ogen open te moeten houden. Waardoor er geen plaats is voor het chaotisch warrelen van de gedachten.)

Een andere 'truc' stamt uit de Boeddhistische oefeningen. Ga liggen, licht uit, en let bewust en geconcentreerd op je eigen ademhaling. In-uit-in-uit...

met al de gevoelens die je spieren en heel het lichaam daarbij beleven. Het wordt gebruikt als een inleiding tot meditatie om het ongewenste gedachten-geritsel te doen ophouden en de geest 'leeg' te maken. Al helpen inslaaptrucs maar in de helft van de gevallen, dan kunnen er toch nog 650.000 65-plussers plezier van hebben! )

## 12. NIEUWS OVER DE SLAAP

Eenderde van ons leven slapen we en in het andere tweederde kan ons humeur en onze levenslust flink bedorven worden als het slapen slecht gaat. Omdat veel oudere mensen klagen over slaapstoornissen, zullen we er hier meer over vertellen.

De laatste tientallen jaren zijn we over de slaapprocessen heel wat meer aan de weet gekomen door het voortdurend, urenlang meten van de zwakke elektrische stroompjes van de hersenen bij slapende mensen. Een vele uren durend elektro-encefalogram. Dr. Romijn vertelt over zulk onderzoek. De slaap blijkt niet enkel in gang gezet te worden door het gaan liggen in bed, met zo groot mogelijke lichamelijke en geestelijke ontspanning. Er is nog een tweede impuls nodig, namelijk vanuit de 'slaapkernen' die in de hersenstam gelegen zijn en die werken als een soort 'biologische klok'. Dat biologisch ritme kent iedereen die weleens naar Azië of Amerika is gevlogen uit ervaring. De biologische klok is door het tijdsverschil van zeven tot tien uur dan flink in de war. Is een mens eenmaal in slaap dan blijken er twee 'soorten' slaap te zijn, die elkaar afwisselen: de 'rustige slaap' en de 'droomslaap'. De rustige, vaak diepe slaap, wordt normaal een keer of vijf per nacht onderbroken door een korte periode van meer oppervlakkige droomslaap. Dat gebeurt vooral in de nacht. Die rustige slaap, gekarakteriseerd door zogenaamde delta-golven in het EEG, blijkt bevorderd te worden door flinke activiteiten gedurende de dag. Veel ouderen (en jongeren evengoed) weten dat ook uit ervaring. Onderzoekers noemen die rustige slaap ook wel de 'restaurantieve' slaap (Oswald, Moruzzi). Tijdens die slaap kunnen de lichaamsfuncties zich herstellen, en ook de hersenschors die heel de dag duizenden prikkels heeft verwerkt kan tot rust komen. De rustige slaap is dus heel belangrijk, maar ook de droomslaap blijkt eigen functies te bezitten die onmisbaar zijn. Ze doet bijvoorbeeld de gevoeligheid voor stress afnemen. Ook dempt ze de agressiviteit en in het algemeen heeft ze een stabiliserende

invloed op het gevoelsleven.

Slapen is dus niet louter uitrusten, maar is ook een vitaal ordenend gebeuren en daarmee een unieke onmisbare levensfunctie. Wat is het dus belangrijk om alle zeilen bij te zetten om goede slaap te bevorderen. Dat kan het gemakkelijkst door overdag zoveel mogelijk actief te zijn. Een goede, rustige slaapomgeving is eveneens belangrijk. Bij geluidsoverlast zijn ropax of oordoppen nuttig als men die verdragen kan. Over de 'trucs' om de gedachtenwerveling tot rust te brengen, heb ik al gesproken. Als dit allemaal niet helpt, blijven er nog twee mogelijkheden over. De slaapkernen in de hersenen kunnen zwak functioneren. Dan is er reden om met de huisdokter te overleggen over het gebruik van slaapmiddelen. Mogadon in lage dosis is bijvoorbeeld heel onschadelijk, op hoge uitzonderingen na. De individuele gevoeligheid voor slaapmiddelen is heel verschillend, dus het kan best zijn dat de ene mens op een half tabletje slaapt als een roos en de andere op twee tabletten nog geen oog dichtdoet. De onschadelijke slaapmiddelen moeten dus individueel uitgeteerd worden. Als men een paar goede heeft, is afwisseling in perioden bovendien nog aan te bevelen, om gewenning aan één enkel middel te voorkómen. De laatste, maar niet zo zeldzame mogelijkheid is, dat de slaapstoornis van neurotische aard is. Ze wordt in stand gehouden als uiting van veelal onbewuste innerlijke vitale onoplosbare spanning doordat conflicten tussen verlangens en onmogelijkheden niet tot oplossing werden gebracht, maar weggedrongen naar het onbewuste. Vandaaruit kunnen ze 'wraak nemen' door op allerlei wijzen signalen te geven in de vorm van gestoord functioneren. Dat kan betekenen dat je last hebt van hartklachten (bij een overigens volkomen normaal hart), spijsverteringsstoornissen, psychische verschijnselen als 'pleinangst' of claustrofobie, en ook slaapstoornissen. Een psychotherapeut zal dan wel eens hulp kunnen bieden bij het tot bewustzijn brengen van die interne levensspanning. De gevolgen, zoals de slapeloosheid, kunnen dan ook verdwijnen.

## 13. DE GEVREESDE ADL-STOORNISSEN

Onder die Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen worden de 'handelingen aan het lijf' verstaan. Bah! Dat klinkt zelfs al onaangenaam. Daar hoor je niet over te praten. Dat is intiem en gaat niemand iets aan. Toch gaat het om de meest gewone zaken van het bestaan die iedere mens, wie



hij ook is, elke dag zelf doet: opstaan, wassen, haren doen, toiletgang, aankleden, je eten in je mond steken, uitkleden. Wat is daar dan zo bijzonder aan? (De befaamde socioloog Norbert Elias heeft boeiende onderzoekingen gedaan over de cultuurveranderingen in dit opzicht, sedert de Middeleeuwen. Al die natuurlijke functies van het lijf werden eeuw na eeuw steeds meer getrokken in de strikte privé-sfeer. Ze werden beleefd als 'intiem'. Er ontstond een sociale druk die ze uitstootte uit de gewaarwording. 'Het hoort niet; het is vies; men schaamt zich ervoor, bijvoorbeeld als men op theevisite weg moet naar het toilet.' Daarmee verdween een stuk normaal leven 'achter de coulissen'. Het verdween uit de gesprekken. Wie praat er nu over zijn of haar ontlasting? Dat is toch 'ordinair' en hoogst ongemaniert? De ADL werd een soort 'enclave' waarin ze heimelijk hoort te bestaan.)

Het niet meer zelf kunnen zorgen voor één of meer ADL-functies wordt door de mensen dan ook vaak ervaren als een verschrikkelijk verlies aan waardigheid. Het is voor velen haast onverdraaglijk wanneer andere mensen hun toiletprodukten zien en zij zich moeten laten helpen met afpoetsen, aan- en uitkleden, wassen, enzovoorts. (Wat wonderlijk eigenlijk! In een land waar de boeren miljoenen emmers mest verwerken en de groenten op onze tafels zo mals zijn, omdat ze flink in diezelfde mest zijn opgegroeid.) Maar het is nu eenmaal zo, dat wij terecht zijn gekomen met onze hele cultuur in een uiterste aan privacy-verlangen.

Er komt nog iets bij. Wie alleen woont, wordt bij ADL verlies toenemend afhankelijk van anderen buitenshuis. Als die afhankelijkheid te groot wordt, kan het niet langer, en dat betekent het einde van de zelfredzaamheid en van het 'eigen nest'. (In Vlaanderen is door G. Dooghe en medewerkers bij 100 alleenwonende ADL-gestoorden een onderzoek

ADL-activiteit	zonder moeite %	met moeite %	onbekwaam %
uitgaan	10	35	55
trappen	10	25	65
in huis lopen	52	42	6
aankleden	46	42	12
voeten verzorgen	14	12	74
wassen	46	34	20
licht huish. werk	44	36	20
zwaar huish. werk	-	6	94
koffie of thee zetten	68	24	8
warme maaltijd klaarmaken	45	20	35

gedaan naar hun functioneren. De tabel geeft daar een overzicht van.) Mensen snákken ernaar om zelfredzaam te blijven, maar ze doen er meestal te weinig voor. Er zijn twee hoogstbelangrijke groepen van mogelijkheden om tot op zeer hoge leeftijd of liever nog tot de dood toe, voldoende zelfredzaam te blijven:

- a) alles doen om te voorkómen dat de ADL-functies verloren gaan;
- b) bij stoornissen van ADL-functies de draaglast verkleinen en/of de draagkracht vergroten; zie bijvoorbeeld ook de mogelijkheden van een alarmeringssysteem.

#### 14. VERLIES VOORKOMEN <sup>(A)</sup>

Niet voor niets is er zoveel aandacht gewijd aan het bewegingsapparaat. Dat is en blijft een hoofdzaak bij het voorkómen van ADL-verlies. Maar er is veel meer aan te doen, voordat de nood aan de man (of aan de vrouw!) komt.

Allereerst gaat het daarbij om een goede woonsituatie. Goed betekent hier: gemakkelijk om in te leven en goed gelegen, dicht bij kinderen, familie of goede vrienden (of vriendinnen!) en dicht bij een koopbuurt. Daar zitten heel wat kanten aan, zodat we aan dit onderwerp nog een apart hoofdstukje wijden.

Vervolgens gaat het om het niet verwaarlozen van beginnende ziekten. Maar al te vaak wordt een nieuw verschijnsel afgedaan met het stopwoord, dat het natuurlijk slijtage is en dat je nu eenmaal ouder wordt. Er is in onze cultuur ook wel vaak een angst voor de ontdekking van een ziekte! Wanneer moet een mens hulp vragen aan de huisarts en heel het apparaat van de moderne geneeskunde? Hoogst belangrijke kwestie. Zie verder bladzijde 119. Dan zijn er nog de zintuigstoornissen. Door te sterke afname van reuk, gehoor en vooral gezichtsvermogen kan de zelfredzaamheid zwaar worden aangetast. Daarover spreken we nader op pag 34 e.v. Onder dit alles zit, als de heipalen onder een huis, de mate van levenswil en levenslust. Die zijn vaak aangeboren, maar hangen ook sterk ervan af of men zich nog een levensdoel kan en wil stellen. Depressie en beginnende dementie kunnen de levenswil aantasten. Op pag 127 behandelen we deze belangrijke gezichtspunten.

### B 15. DRAAGKRACHT VERGROTEN, DRAAGLAST VERKLEINEN

Op deze plaats wil ik nu graag aandacht besteden aan de tweede groep van mogelijkheden om 'ADL-valide' te blijven. Hoe kunnen we de draagkracht vergroten en/of de draaglast verkleinen om toch, ondanks stoornissen, ADL-valide te blijven?

Iedereen in een goede rolstoel weet wat ik bedoel. Je hoeft immers niet te kunnen lopen om ergens te komen. Wat voor lopen geldt, is ook toepasbaar op allerlei andere functies. Ik laat hier een hele reeks tips volgen.

- 'Ik ben in mijn ligbad gevaarlijk uitgegleden en ik durf er niet meer zelf in- en vooral uit te komen.' Advies: stop ligbad en neem voortaan een douche, liefst met een handgreep in de douchecel om je aan vast te houden.
- 'Ik kan mijn haren niet meer zelf doen, want ik ben stijf en pijnlijk in mijn schouders.' Advies: naar de kapper met die klacht en uitkienen of er een andere haardracht mogelijk is, die geen handelingen vereist die voor mij onmogelijk zijn geworden.
- 'Mijn vingers zijn reumatisch. Ik kan geen knopen meer dicht- of openmaken.' Advies: knopen vervangen door ritssluiting of klittenband. Bovendien: vingeroefeningen doen onder toezicht van een ergotherapeut. Misschien gaat het over.
- 'Ik kan mijn schoenen moeilijk aankrijgen en mijn veters niet meer strikken.' Advies: lange schoenlepel om makkelijk in de schoen te komen en veterloze schoenen kopen, bijvoorbeeld 'instappers' met elastische wreefband, of schoenen met elastische veters.
- 'Ik kan een hemd niet meer over mijn hoofd krijgen.' Advies: vermaken van het kledingstuk zodat het als jasje kan worden aangetrokken.
- 'Ik kan mijn water niet goed meer ophouden.' Advies: ga regelmatig 'op de klok', voordat een plotselinge aandrang optreedt die niet weerstaan kan worden. Een polshorloge met wekkersignaal kan daarbij uitkomst bieden. Helpt het niet, dan zijn er tegenwoordig allerlei praktische zakjes aan te brengen aan catheter of uritip. De wijkverpleging kan daarin adviseren.
- 'Ik ben incontinent voor ontlasting.' Mijn vraag luidt dan: waarom? Wat is precies de oorzaak. Die kan van allerlei zijn. Te korte 'ophoud'-tijd; moeilijk opstaan en lopen, zodat men te lange tijd nodig heeft om in het toilet te komen; te lang prutsen met kleren, enzovoorts. Het is altijd van

belang om zorgvuldig na te (laten) gaan, door wijkverpleging en/of ergotherapeute, hoe het met die incontinentie nu precies in elkaar zit. Er is dan toch nogal eens iets aan te doen want er zijn tegenwoordig tal van materialen voor opvang. Voor mensen die verder in een goede conditie zijn, nog veel sociale contacten hebben en geestelijk ernstig lijden onder die incontinentie zou ik als uiterste redmiddel zelfs een 'stoma' in overweging geven, een kunstmatige uitgang aan de buikzijde, die door een weinig ingrijpende operatie tot stand gebracht kan worden. Omdat er in Nederland vele stoma-patiënten zijn, levert de industrie uitstekende opvangzakjes en aanpassingsapparatuur waardoor het leven normaal door kan gaan, ook in sociaal opzicht.

- 'Ik kan mijn voedsel niet meer naar de mond brengen. Ze moeten me voeren als een kind.' Bij diepgaande dementie is daar dan weinig aan te doen, maar wanneer iemand deze stoornis heeft ten gevolge van sterk beven of verlamming is er wel degelijk nog iets te beginnen. Een vriend van me die last had van sterk beven had zichzelf geholpen met een lus om de rechterpols, die hij op zijn knie kon vasthouden met zijn linkerhand. Daardoor kon hij het beven van zijn rechterhand zo goed onderdrukken dat hij keurig zonder morsen in gezelschap een borrel mee kon drinken. In geval van gedeeltelijke verlamming is er van elektronische steunapparatuur voor de armbewegingen nog wel iets te verwachten.
- 'Ik kan niet behoorlijk meer kauwen.' Jammer, want dat had voorkomen kunnen worden door betere zorg voor het gebit of door tijdig een kunstgebit te nemen. Als daar om welke reden ook nu niets meer aan te doen is, moet men het voedsel aanpassen. Gemalen eten is vaak minder aantrekkelijk. Het wordt dan dus 'zachte kost' zoals brood zonder korst, banaan etc. Er is voorts een aantrekkelijk alternatief in de vorm van dikke soepen. Het best bekend zijn de voedzame zwaardere soorten erwtensoep, bonensoep, minestrone en 'extra gevulde' maaltijdsoepen uit blik. Als het lichaamsgewicht aan de krappe kant gehouden moet worden zijn zulke soepen vaak te voedzaam. Voor dikke soepen met lage calorische waarde komen de in Nederland minder gebruikelijke groentencrèmes in aanmerking. Groente wordt daartoe in ruim bouillon goed gaargekookt. Dan wordt een staafmixer (al voor plm. 55 gulden te koop) gedurende ongeveer een minuut in de pan gestoken. Het razendsnel draaiende mesje verdeelt de groente zo fijn dat de soep er zonder verdere toevoeging romig van wordt. Als groente komen vooral

in aanmerking bloemkool, tomaten, wortelen met uien, broccoli, enzovoorts. De staafmixer (al voor ca 55 gulden te koop) is een heel geschikt apparaat, want die hoeft niet in elkaar gezet en uit elkaar genomen te worden. Na afloop even onder de kraan afspoelen is alles wat er nodig is. Wanneer de voedingswaarde wat hoger mag zijn, kunnen een paar aardappels of wat macaroni meegekookt worden. Zulk een soep geeft een gevuld gevoel, maar is toch heel geschikt om slank te blijven (of te worden). Veel mensen zijn benauwd voor 'scherpe kruiden' of wagen het er niet op om een snuffje cayennepeper of wat druppels tabasco aan zo'n soep toe te voegen. Jammer, want dat verhoogt nu juist de smaak en prikkelt de spijsvertering.)

Wat ik met deze opsomming vooral op het oog heb, is het ontcrachten van de idee: 'Er is ADL-invaliditeit en nu kan het thuis dus niet langer'. Met aangepaste competente zelfzorg is er vaak nog heel wat te bereiken en dan hebben we het nog niet eens gehad over de ouderen in een meerpersoons-huishouden, die met een schijntje aan hulp van hun partner ADL-moeilijkheden beter kunnen opvangen, zodat echte invaliditeit van de zelfredzaamheid kan worden afgewend.

## 16. ZORG VOOR DE ZINTUIGEN

Van onze vijf zintuigen blijken het zien en het horen het belangrijkste te zijn voor zelfredzaamheid. Vooral de als 'staar' veel voorkomende ooglenstroebeling beperkt het gezichtsvermogen met als gevolg niet alleen moeilijk lezen, maar ook het gevaar van struikelen met botbreuk als gevolg. Een staaroperatie is een betrekkelijk eenvoudige ingreep en de troebele ooglen kan meteen vervangen worden door een helder plastic lensje. De dikke ontsierende staarbril van vroeger hoeft dus ook niet meer. Altijd tijdig laten doen dus!

Ernstige doofheid maakt voor alleenwonenden het thuis blijven wonen moeilijk, want bel en telefoon hoor je dan niet meer. Het tijdig nemen van een gehoorapparaat is essentieel. Wacht niet tot je er te oud voor bent en er te onhandig mee omgaat om er nog het volle profijt van te hebben. Als bij bepaalde doofheidsoorzaken een gehoorapparaat niet werkt, kan men

toch nog thuis blijven wonen, door het belsignaal te versterken of te vervangen door een voldoende lichtsignaal.

Bij ouderen komt nogal eens voor dat de reukzin verdwijnt. Dan ruikt men dus niet of eten bedorven is of dat er iets aanbrandt, de kachel rookt, of dat men het gas open heeft laten staan. In een flatgebouw overkwam dit een alleenwonende man die zich verder uitstekend redden kon en erg naar zijn zin woonde. Na de derde maal in vijf weken liepen de burens te hoop. Ze beschouwden hem terecht als een gevaar voor ontploffing of brand. Het eind van het liedje was dat hij zeer tegen zijn zin in een verzorgingshuis moest worden geplaatst.

In zulke gevallen kan een 'zorghond' uitkomst bieden, mits de bewoner van honden houdt en ermee kan omgaan. De hond wordt dan getraind op het signaleren van brandlucht of gaslucht door waarschuwend te blaffen en tegen zijn baas op te springen. In Amerika wordt de 'signaalhond' al lang toegepast. Ze kunnen natuurlijk ook voor doven worden opgeleid om een signaal te geven als de bel gaat. In Nederland is in 1985 de 'Stichting Zorghond' opgericht die zulke trainingen ten behoeve van en samen met ouderen ter hand heeft genomen. Het secretariaat van de stichting is gevestigd Koperwiekstraat 14, 5451 XN Mill (N.Br.).

## 17. HET DIKKE LIJF

Wat is nu precies het normale gewicht voor mij, man of vrouw, op mijn leeftijd? Dat is immers erg belangrijk met het oog op de persoonlijke levensverwachting. Al vele jaren werd voor het antwoord op deze vraag de 'index van Broca' gebruikt, die luidt: het ideale lichaamsgewicht is de lichaamslengte in cm, min 100 cm. Het dan verkregen getal is het aantal kilogrammen dat je mag wegen. Iemand van 176 cm mag dus 76 kg wegen. De Amerikaanse levensverzekeringsmaatschappijen met hun tientallen miljoenen verzekerden hebben nu echter uitgerekend dat de statistisch maximale levensverwachting onder het ideale Broca-gewicht ligt. Ideaal blijkt te zijn: voor mannen 10 % eronder en voor vrouwen 15 %.

Waar u nu precies zit met uw lichaamsgewicht, kunt u uitrekenen met de 'Quetelet-index'. Neem uw lichaamslengte in meters en bereken er het kwadraat van. Neem uw ochtend-lichaamsgewicht in kg (zonder kleren, nuchter en na toiletgang). Deel het gewicht door het gevonden kwadraat

van uw lichaamslengte. Met een rekentuigje is het ook voor de moeizame rekenaars in een minuut gebeurd. Het getal dat eruit komt, heeft de volgende betekenis (zowel voor man als vrouw, en ongeacht de leeftijd):

onder 19 = te mager  
 19-20 = ideaal  
 21-25 = 'normaal'  
 25 = komt ongeveer overeen met het Broca-gewicht  
 25-30 = te dik  
 30-40 = vetzucht  
 boven 40 = ziekelijke vetzucht

## 18. VEILIGHEID IN HUIS

Veel ouderen zijn thuis onveilig dan gijzelaars in Libanon! Overdreven? De media raken niet uitgepraat over die 15 of 20 gijzelaars in Libanon die misschien vermoord zullen worden. Dat is natuurlijk ook heel erg. Maar niemand hoor je praten over de vijf à zes ouderen die er per dag in Nederland sterven door een ongeval in hun eigen huis. Elk jaar worden ruim 125.000 ouderen in ziekenhuizen behandeld voor gevolgen van een ongeval in hun huis. Als er één terrein is, waar we met goede zelfzorg veel ellende en dood kunnen voorkomen, dan is het hier!

We moeten drie zaken onderscheiden: onveilig gevoel, onveilig wonen en onveilig gedrag.

1. Een onveilig gevoel heeft op zichzelf weinig te maken met objectieve onveiligheid. Je krijgt het als je leest en hoort wat er allemaal aan inbraken en agressie in onze maatschappij gebeurt ook als je veilig woont met goede brand- en inbraakbeveiliging. Bij alleenwonenden is het gevoel van onveiligheid vaak een vertaling van hun gevoel van eenzaamheid. Het onveiligheidsgevoel kan soms ondraaglijk groot worden. Vroeger was de routine-oplossing dan 'naar het verzorgingshuis'. Nu wordt meer gedacht aan gaan samenwonen of een hond nemen. Een goed opgevoede waakzame hond is dan te beschouwen als een soort 'zorghond' tegen het onveiligheidsgevoel. Voor ouderen die op hun alleen-zijn erg gesteld zijn, is een hond een betere oplossing dan het gaan samenwonen met een ander. Ook het aanbrengen van een alarmeringsmogelijkheid kan er zeer

blz 39-40

toe bijdragen om het gevoel van onveiligheid te verminderen. Het is bovendien van groot belang om tijdig hulp te kunnen vragen als men plotseling als alleenwonende onwel zou worden. We geven daarom een overzicht van alarmsystemen op pag 39.

2. Onveilig wonen vormt de grote hoofdoorzaak van de ongevallen. Het verstandigste is om de hier volgende lijst van meest voorkomende gevaren ter hand te nemen en eens en vooral alles langs te lopen en die gevaren af te wenden door de nodige veranderingen aan te brengen. Dat zal wat geld kosten, maar men mag wel bedenken dat elke dag dat men na een ongeval in het ziekenhuis zou moeten verblijven minstens 400 gulden kost. Als we graag praten over solidair zijn in het dragen van de kosten, mag anderzijds ook verlangd worden dat wijzelf solidair zijn door de kans op ongelukken zoveel mogelijk te verminderen.

### Gevaar van uitglijden of struikelen

- Zijn er gladde vloeren met zeil, vinyl of tegels? Dan moeten die stroef gemaakt worden. Kamerbreed kunststof vloerbedekking is niet erg duur en aan te bevelen, ook voor een badkamer. Vraag naar antistatisch materiaal. Mocht dit om welke reden dan ook niet worden uitgevoerd, dan moeten ten minste losliggende kleedjes worden verwijderd en de zolen van alle schoeisel (ook pantoffels) antislip worden gemaakt. Een 'hakkenbar' doet het, waar je bijstaat (op één been dus).
- Bij moeilijk opstaan is het gebruik van een ligbad vaak gevaarlijk. Het is beter om dan een douche te gebruiken. Een handgreep aan de muur is daarbij een extra beveiliging. Een stevig bankje brengt uitkomst bij voeten wassen. Wil men toch een ligbad gebruiken, dan moet dit antislip gemaakt worden, waarvoor allerlei kleef- of noppenmateriaal voor weinig geld verkrijgbaar is.
- Drempels eventueel laten wegnemen. Als er in de woning op- en afstapjes vóorkomen, dan bekijken of daar iets aan te doen is. Zo niet, dan minstens zorgen voor goede verlichting. Hetzelfde geldt voor trappen, vooral het trapgat. Zuinigheid bedriegt hier de wijsheid! Een TL-buis of moderne spaarlamp verbruiken in een donkere gang gedurende heel de dag niet meer dan één of twee dubbeltjes aan stroom. Eén dag ziekenhuis kost 4000 dubbeltjes.
- Bij enige onzekerheid met lopen, is het aanbrengen in gangen, douche, toilet, enzovoorts, van wat handgreepstangen verstandig. Is er een

makkelijke en stevig vastzittende trapleuning? Zit er een looper op de trap, dan moet die stevig vastzitten. Een losse roe is vaak de oorzaak van een ernstige valpartij. Zonder looper kunnen de treden te glad zijn. Antislip-strips dienen dan te worden aangebracht. Geef de bovenste en onderste tree een heldere lichte kleur.

- Menigeen heeft in de schemer 'zijn nek gebroken' over kleine tafeltjes, cheridonetjes, tabouretjes of andere kleine meubeltjes die in de loop staan of (bijvoorbeeld door een kleinkind) op onverwachte plaatsen zijn neergezet. Is het toch niet tijd om, na overleg met de kinderen of familie, eens een flinke opruiming van overtollig meubilair te houden. Het maakt ook het onderhoud veel makkelijker!

#### Gevaar van verwarmings- en elektrische apparaten

- Hebt u centrale verwarming, is er dan ook een abonnement op jaarlijkse controle en schoonmaak, ook van de schoorsteen?
- Hebt u een kachel in de kamer en/of geiser met afvoer in de badruimte, worden die dan ook jaarlijks bij abonnement gecontroleerd? Als men geen abonnement heeft bij een installateur, pleegt controle vergeten te worden. Menigeen is op die manier aan zijn einde gekomen en dood gevonden in bed of bad.
- Zijn de elektrische snoeren nog goed en niet verdroogd? Zijn ze geaard?
- Wat voor kook- en verwarmingsapparaten zijn er in huis. Zijn die nog veilig?
- Hebt u een eenvoudig brandblusapparaat in huis?

**3. Onveilig gedrag.** Ook in de best beveiligde woonomgeving kan zich nog een ongeval of zelfs sterfgeval voordoen door onveilig gedrag. Allereerst door onveilig omgaan met vuur.

Rook nooit in bed of als u slaperig bent.

Zet geen losse straalkachel ergens neer.

Gooi een asbak nooit leeg in een prullemand.

Nooit wasbenzine, terpentine of spiritus gebruiken in de buurt van een vlam (ook waakvlam!).

Spuitsbussen niet gebruiken in de buurt van vuur.

Niet koken met wijde mouwen (van kimono of peignoir).

Schaf een 'kookwekker' aan, die na verloop van de ingestelde tijd signaleert, zodat u niet telkens wat laat aanbranden, als dat een paar keer

door vergeetachtigheid gebeurd is.

Zorg dat een elektrische deken uit wordt gezet en leg er **nooit** een kussen op.

Er zijn nog enkele andere gevaren:

Menigeen maakt een gevaarlijke val na het klimmen op een stoel of bankje om bijvoorbeeld iets te doen aan een gordijnrail of om een schilderij hoog op te hangen. Is er een stevig trapje in huis; of nog beter, laat een zoon, dochter of buur zo'n karweitje voor u doen. Tenslotte: verginging met medicijnen. De namen op de etiketten zijn soms moeilijk leesbaar en de plastic potjes lijken allemaal op elkaar. Merk uw medicijnpotjes met een viltstift!

(Is dit allemaal niet wat overdreven? Laten we dan nog even kijken naar de omvang van die gevaren.) Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek stierven er in 1984 5936 mensen in Nederland aan de gevolgen van een ongeval of vergiftiging. Daarvan waren er 2509 boven de 65 jaar. Bedrijfsongevallen spelen voor onze leeftijdsgroep nauwelijks een rol. Ongevallen zijn voor 65-plussers op drie na de voornaamste doodsoorzaak. En dat terwijl juist deze doodsoorzaak door goede zelfzorg het beste te voorkómen is!

#### **Alarmsystemen**

Vooral alleenwonenden moeten ervoor zorgen dat ze een of andere vorm van alarmsysteem hebben. Het kan van vandaag op morgen zonder kosten op een allereenvoudigste manier.

(In een straat in Den Haag wonen een alleenwonende man van 79 jaar en een alleenwonende vrouw van 82 jaar tegenover elkaar. Ze leerden elkaar bij het boodschappen doen kennen en werden vriendelijke buren. Op een keer lazen ze allebei een krantenbericht over een alleenwonende man in een flatje die daar al ruim 14 dagen dood op de grond lag voordat hij werd gevonden. Ze bekenden elkaar dat ze voor zoiets zelf eigenlijk ook wel een beetje bang waren. Het kan je toch overkomen. Zo kwamen ze tot de afspraak van een 'gordijnsignaal'. Elke avond deden ze allebei voor één van de ramen de overgordijnen dicht en elke morgen deden ze datzelfde gordijn weer open. De afspraak was dat ze bij elkaar zouden gaan kijken als 's avonds het gordijn niet dichtging of 's morgens na 11 uur nog niet open was. Ze gaven elkaar een huissleutel. Als één van hen eens een paar

dagen weggaat geeft hij of zij bericht aan de ander, die dan meteen de brievenbus leegmaakt en een oogje op het huis houdt. Ze voelden zich allebei veiliger en hun gordijnsignaal werkt nu al jarenlang goed.)

Een andere eenvoudige mogelijkheid is het aanleggen van een belletje naar de burens, als je daar 'goed' mee bent en geregeld mee omgaat. Dat heeft alleen maar zin als bij de burens geregeld iemand in huis is.

Een telefoon is voor alleenwonenden geen luxe. Er is dan makkelijker contact te maken bij onraad.

Een telefooncirkel kan ook heel nuttig zijn. Een aantal ouderen spreekt af om elkaar elke dag op een vaste tijd in een vaste volgorde op te bellen. Dat kost dus één gesprekje per dag per oudere. Als niet wordt opgenomen, wordt de 'voorzitter' gebeld die dan afgesproken maatregelen neemt (meteen gaan kijken; beroepshulp invoeren, enzovoorts). De afspraak kan worden uitgebreid door ze ook te gebruiken om tussentijds bijstand in te roepen.

Wanneer de gezondheidstoestand sterk is achteruitgegaan moet een alarmeringssysteem aan veel hoger eisen gaan voldoen, wil een alleenwonende nog redelijkerwijs thuis kunnen blijven. Het alarmeringssysteem bij ADL-gestoorden, moet dan ook gebruikt kunnen worden om hulpdiensten op te roepen, zoals gezinszorg, verpleging, tafeltje-dekje, of medische hulp. Om na een val of plotseling onwel zijn benut te kunnen worden moet de bewoner een zendertje op het lichaam dragen waarvan hij dan enkel de knop nog maar hoeft in te drukken. Daardoor worden achtereenvolgens enkele voorgeprogrammeerde telefoonnummers gebeld. Dat kunnen bij voorkeur zijn: eerst een naast familielid die dicht in de buurt woont, of een goede vriend of buur. Geven die allen geen gehoor dan komt pas het nummer van een alarmcentrale aan de beurt. Door wekelijks op vaste tijd een 'proefalarm' af te spreken, weet men dat het systeem intact is en blijft. Het enige nadeel van dit systeem is, dat het nogal duur is. Uit een onderzoek in België, waarbij een honderdtal ADL-gestoorden was betrokken, kunnen belangrijke conclusies worden getrokken. 85 van de 100 deelnemers voelden zich thuis veiliger. In de totaal 15.000 mens-dagen dat het systeem werd geëvalueerd deed zich 12 keer een echte alarmoproep voor, waardoor langdurig hulpeloos op de grond liggen kon worden voorkómen.)

## 19. HUISHOUD-ZORG

Zelfredzaamheid vereist, naast de 'zorg voor het lijf' ook de zorg om een huishouden draaiende te houden. Lang voordat ADL-functies uitvallen, levert het huishouden voor 'oude-ouderen' al wel wat probleempjes op, vooral op één of meer van de volgende gebieden: schoonhouden, boodschappen doen, verwarming, warme maaltijd klaarmaken, zorg voor het wasgoed en administratieve rompslomp.

Net als bij alle andere zorgfuncties moet ook hier weer de vraag gesteld worden: kunnen we, nu de draagkracht afneemt, de draaglast van een functie verkleinen.

### Schoonhouden

Dat wordt veel minder werk als men tijdig zorgt dat er minder schoon te houden is. Een te grote woning is anders een ware ramp, net als een te volle woning. Allereerst komt dus de vraag: 'kunnen we niet eens een flinke opruiming houden'. Een inboedel loopt ongemerkt vol in een mensenleven, zodat veel ouderen propvolle kamers hebben. Je vindt het zonde om iets weg te doen, want elk ding heeft zijn eigen verhaal, zodat je als het ware een stuk levensgeschiedenis tastbaar om je heen hebt. Maar dat geldt lang niet voor alle spullen. Het is praktisch om eens een lijst te maken van wat je best zou willen missen. Neem die dan eens met kinderen of relaties door. Er kunnen dingen bij zijn die ze graag willen hebben, of ook 'ouderwetse prullen' die heel kostbaar zijn. (Zo vond iemand naast een vuilnisbak een ouderwets pastel-portret en nam het mee. Het bleek van de beroemde schilderes Therèse Schwarz te zijn en werd door een deskundige op 2000 gulden getaxeerd.) Een goede manier om te kiezen, is jezelf de vraag stellen of je het voorwerp de laatste paar jaren ooit nog gebruikt hebt. Voor kasten, vooral in de keuken, kan dat leiden tot een grote opruiming. Er komt meer overzicht en ook plaats om dingen weg te zetten. Gezinsverzorgsters kunnen hele verhalen vertellen over de bewaar-manie van sommige ouderen, die hun woongemak ernstig heeft aangetast. Staat er geen onnodige 'troep' dan is het schoonhouden natuurlijk veel eenvoudiger. Let erop dat vloeren nooit 'in de was' gezet worden, want het glimmen betekent immers ook: gevaarlijk glad. Met de moderne schoonmaakmiddelen zijn keuken, badkamer en toilet in een handomdraai schoon te houden als er zo min mogelijk losse dingen staan. Ook het

moderne huishoudmateriaal kan het werk zeer vergemakkelijken. Vegers met lange steel, aangepaste lichte stofzuigers etc. etc.

### Boodschappen

Boodschappen doen veel ouderen met een lijstje en een klein wagentje. Een koelkastje met een zo ruim mogelijk vriesvak is een grote verlichting voor het boodschappen doen. De kosten komen er ruim uit, want men kan grotere verpakkingen kopen die voordeliger zijn en meer gebruik maken van aanbiedingen van goedkope groente, vlees, enzovoorts. Een voorwaarde is, dat men nog goed ruiken kan, zodat men bewaarde levensmiddelen op hun geur kan controleren. Door de betere bewaarmogelijkheid hoeft men minder vaak op boodschappen uit en kan men toch 'verse kwaliteit' hebben. Zo blijft in plastic verpakt brood in de diepvries lang vers. Wanneer men er dagelijks de sneetjes uithaalt die men die dag nodig heeft, is ook voor de alleenwonende het probleem van oudbakken brood opgelost zonder dagelijkse boodschap.

Het lijkt nog maar een kwestie van jaren en het boodschappen-doen gaat elektronisch gebeuren met hulp van een computertje, zo groot als een broodrooster, dat op de telefoon is aangesloten. In Frankrijk is dat al geen science-fiction meer. Daar waren in 1987 al 4.5 miljoen mensen op het 'minitel-systeem' aangesloten. Het is daarmee het grootste videotekst-netwerk ter wereld. Je kan er in toenemende mate je bestellingen mee doen en het wachten is nog slechts op een programma dat speciaal aan de behoeften van ouderen is aangepast en op het erbij horende bezorg-systeem.

Anderzijds: zolang je kan is het goed om het zelf te blijven doen en als het echt niet gaat, is het boodschappen doen typisch iets dat geschikte burens of vrijwilligers uit de straat best op zich willen nemen. Verlang altijd de kassabon, niet uit wantrouwen maar gewoon omdat dat zo hoort. Niet voor niets is er het spreekwoord: 'de gelegenheid maakt de dief'.

### Zorg voor de warme maaltijden

Ik ken ouderen die maar tweemaal per week een warme maaltijd koken, maar dan ineens genoeg voor vier keer. Eén portie wordt opgegeten en drie ingevoren. In het vriesvak zitten dan altijd ongeveer 14 klare

maaltijden met een tiental variaties. Het koken is op die manier goedkoop en kost weinig werk. Veel meelstrijzen laten zich goed invriezen, met name klare aardappelpuree, gekookte witte rijst en klare nasi goring alsook niet te gaar gekookte spaghetti en macaroni. Door de meelstrijzen af te wisselen hoeven er slechts zelden aardappelen geschild en gekookt te worden. Invriezen van groenten is evenmin een probleem. Een magnetron-oventje is voor de bereiding een plezierige luxe, want men hoeft pas vlak voor de warme maaltijd de diepvriesdoosjes te pakken. De meelstrijzen en groente is in zo'n oven in een paar minuten tot binnenin ontdooid en in nog een paar minuten heet op tafel, terwijl het schaalte waar ze inzitten koel blijft en met de hand kan worden aangepakt. Voor de kleinere beurs is er de tefal-hapjespan, waarin op een treefje de puree, groente en eventueel ook het vlees makkelijk op de gewenste temperatuur worden gebracht. Zo'n pan kan gewoon omgespoeld worden, zodat er maar een kleine vaatwas ontstaat.

Voor de snelle en makkelijke bereiding van vlees, dat daarbij bovendien extra mals en sappig blijft, vind ik een Franse methode ideaal. Het vlees wordt in plakken gesneden van ongeveer anderhalve cm dikte en op flink vuur in een tefal-koekpan met een klein kluitje boter in ongeveer een minuut dichtgeschroeid en aangebraden. Dan omkeren en in nog een paar minuten is het klaar. Als je erin prikt mag er geen rood sap meer uitkomen. Langer braden bederft het resultaat. De plakken kunnen in de hapjespan op temperatuur gehouden worden. Ik was verbaasd en enthousiast over het goede resultaat met onder andere kipfilet, varkensfilet, schouderkarbonade en dergelijke. Maar ook lever en nier, in zulke plakjes gesneden en na een paar uur in melk geweekt te hebben, laten zich (na afdrogen) op deze manier uitstekend in een paar minuten klaarmaken en zijn dan verrassend mals. Ik heb dit beschreven omdat vlees zo vaak op ouderwetse manier veel te lang wordt gebakken, gebraden, gesudderd. Mijn manier heeft alle voordelen tezamen: makkelijk, vlug, lekker, mals (dus beter te kauwen) en licht verteerbaar.

Met de beschreven 'trucs' is de bereiding van een warme maaltijd voor één of twee personen een geringe belasting, die slechts 20 tot 30 minuten vergt. Ook ouderen met flinke stoornissen van het bewegingsapparaat, kunnen op zulk een vereenvoudigde wijze nog heel goed koken. Wanneer men desnoods ook nog eens voor een paar maal per week een beroep doet op 'tafeltje-dekje' of een maaltijd neemt in een naburig dienstencentrum of verzorgingshuis, hoeft de voedselbereiding haast nooit een reden te zijn

om het thuis niet langer zelf te kunnen redden.

Nog iets over het dieet. Dat is teveel een gemedicaliseerd begrip geworden. Het feit dat iemand overgevoelig is voor bijvoorbeeld mosselen of voor aardbeien en daar jeukende uitslag van krijgt als hij of zij die eet, wil nog niet zeggen dat ze 'op een dieet staat'. Goed onderscheiden moeten worden, de persoonlijke stijl en keuze van eten enerzijds en een medisch noodzakelijk dieet anderzijds. De persoonlijke voedselkeuze is een kwestie van lekker of niet lekker vinden, en dingen eten waarvan je weet dat ze je goed bekomen. Daarbij natuurlijk ook nalaten om voedsel te eten dat je slecht bekomt. Er zit een stuk opvoeding en gewoontevorming in. De strikte 'medische diëten' zijn in het verleden veel te makkelijk en te vaak 'voorgescreven'. Er is 'gesmeten' met 'zoutloos' en zoutarm dieet, 'slakkenarm' of juist slakkenrijk, vetarm dieet en ga maar door! Laat de vreugde van een prettige maaltijd u niet te vlug en te makkelijk afnemen! Er zijn maar een paar ziekten waarbij het nauwkeurig navolgen van een medisch dieetvoorschrift strikt geboden is. Verreweg de meeste diëten hebben de toets van de wetenschappelijke kritiek op den duur niet kunnen doorstaan. Overleg eens met uw huisdokter! Als er sprake is van een dieet bij suikerziekte, galblaasaandoening, dumpingsyndroom of onvoldoende nier- of leverfunctie zal hij uw dieet als noodzakelijk of wenselijk bevestigen. Maar heel veel andere diëten zullen kunnen verdwijnen, zoals het verfoeide zoutloze dieet in de meeste gevallen. Ook dat maakt het bereiden van de warme maaltijd voor heel wat ouderen makkelijker en aangener.

### Zorg voor warmte

Zorg voor warmte is voor ouderen extra belangrijk, omdat de 'kachel' van hun stofwisseling met toenemende leeftijd zachter gaat branden. Men is gauwer kouwelijk vergeleken met jonge mensen. Toch moet de lichaamstemperatuur op 37 graden C gehouden worden. Een centrale verwarming in de hele woning is de mooiste oplossing. Dit is in ons land, blijkens steekproeven, gerealiseerd voor ruim 1/3 van de 65-plussers. De andere tweederde moet het dus nog doen met gashaard, oliehaard, elektrische kachel of met kolenkachel. Vooral beide laatste hebben hun bezwaren door respectievelijk brandgevaar en kans op kolendampvergiftiging. Stookkosten kunnen een zware last vormen bij bescheiden inkomen. Juist

dan kan een elektrische deken een uitkomst bieden, vooral in winterse perioden met strenge kou. Men moet dan een elektrische onderdeken nemen. Warmte stijgt immers op, zodat een bovendeke meer warmte verliest naar de bovenlucht. De warmte van de onderdeken stijgt op langs het lichaam dat erop ligt en wordt dus maximaal benut. De gedachte heeft lang standgehouden dat elektrische dekens gevaarlijk zijn en bovendien een luxe artikel. Dat klopt niet meer. Er worden in Nederland per jaar rond 150.000 elektrische dekens gekocht. Ze gaan gemiddeld acht jaar mee. Meer dan een miljoen Nederlanders gebruikt dus een elektrische deken! Het Nederlands fabrikaat werkt met een transformator die op 1, 2 of 3 gesteld kan worden en naast het bed onder handbereik staat. De prijs is minimaal f 130,- voor een eenpersoons onderdeken, merk Inventum, maar er zijn er al te koop vanaf 59 gulden, die toch goed en veilig zijn. De beveiliging van de dekens is afdoende. Je hoort nooit van kortsluiting, laat staan van ernstige ongevallen door elektrische stroom. Er is alleen het gevaar van oververhitting als de deken lang wordt aangezet voordat iemand in bed ligt en dan zijn warmte niet kwijt kan doordat er teveel dekens en kussens op bed liggen, of wanneer men ze vergeet uit te zetten. Elk jaar leidt dit wel ruim 50 keer tot een brandje! De elektrische deken is ideaal, mits altijd gelet wordt op aanzetten en afzetten. Vergeetachtige alleenwonenden moeten er dus extra mee oppassen of desnoods van het gebruik afzien.

Is de aanschaf eenmaal gedaan, dan heeft men een buitengewoon zuinige warmtebron in huis. Onder twee wollen dekens zal men bij onverwarmde slaapkamer en vrieskou kunnen volstaan met de deken op stand 2 te zetten om een hele nacht een heerlijk warm bed te hebben. Om vóór het naar bed gaan het hele bed te verwarmen, zet men de deken 15-20 minuten op stand 3. Het verbruik van elektriciteit bedraagt: stand 1: 15 watt; stand 2: 29 watt en stand 3: 40 watt. Bij de huidige elektriciteitsstarieven zijn de kosten voor een hele winternacht op stand 2 rond 7 cent! De elektrische dekens kunnen bij 40 graden C met de hand worden gewassen. Er gebeurt niets mee, als iemand eens bij ongeluk een plas erop kwijtraakt. Bij incontinentie kan men gewoon over de onderdeken heen een dun vel plastic leggen, zodat ook dan de deken benut kan worden. Kortom, voor ouderen is er geen betere en goedkopere verwarming voor de nacht dan de elektrische onderdeken.

De zorg voor de was en de 'papieren rompslomp' blijken volgens ons eigen



onderzoek incidenteel te zijn, bijvoorbeeld eens per een tot twee weken en dan maar weinig tijd te vergen. Steeds zagen we dat het eerste door een familielid of buur werd verzorgd, eventueel in een wasserette. Het tweede is van intiemer aard. Het gaat om je inkomen en het betalen van rekeningen, belasting, diverse gemeentelijke kosten, enzovoorts. Meestal blijkt één van de kinderen die kleine zorg op zich te nemen als het voor de oudere te belastend wordt.

## 20. HET GEHEUGEN

Een laatste functie die voldoende intact moet zijn om thuis te kunnen blijven wonen is het geheugen, vooral als het alleenwonenden betreft. Je geheugen laat je wel eens in de steek, als je bijvoorbeeld niet op een naam kunt komen van een goede bekende. Dat heeft iedereen, onafhankelijk van leeftijd. Het gaat hier echter om zodanig geheugenverlies dat het de zelfredzaamheid in gevaar brengt. Hoe zit het nu precies met dat onthouden en kun je er iets aan doen.

Om te beginnen kun je niet spreken van 'het geheugen' alsof het om één enkele ongecompliceerde functie gaat. Voor de besturing van onze handelingen vallen we terug op vier soorten 'geheugenfuncties', die we nu na elkaar de revue laten passeren.

1. Het reflex-geheugen. Daar is sprake van als je een bepaalde handeling zo vaak hebt verricht, dat ze als routine is 'ingeslepen'. Je hersens komen er niet meer aan te pas. Je denkt er niet bij na en verricht de handeling automatisch. Het loopt 'over je ruggemerg'. Dat gaat op voor eenvoudige dagelijkse handelingen, zoals het schakelen in de auto, het schillen van aardappelen, wandelen, fietsen, enzovoorts. Je gedachten zijn daar niet bij, zeggen we dan. Veel van ons gewone bezigzijn wordt door dat reflex-geheugen gestuurd. Dat raakt dus niet of weinig gestoord als hersenfuncties sterk worden aangetast, zoals bij dementie het geval kan zijn. Bij demente mensen is daardoor bij goede observatie vaak zelfs het vroegere beroep nog te herkennen, zeggen verpleegkundigen.

2. Het korte-termijn geheugen. Ik ben bezig en loop naar de slaapkamer om iets te halen. Maar als ik daar ben, weet ik waarachtig niet meer wat ik er moest meenemen. Waar was ik ook alweer mee bezig? O ja, met dat

bandje te plakken. Juist! Het nagelschaartje moest ik dus hebben. Ieder kent dat wel uit eigen ervaring. Bij ouderen is het vooral dit korte-termijn geheugen dat nogal eens minder wordt, zonder dat dit een aanwijzing is dat je een beetje dement begint te worden.

3. Het vergelijkings-geheugen. Het straatbeeld van een buurt waar je vaak kwam, kan je niet nauwkeurig beschrijven of tekenen. Als je dat beeld wilt oproepen lukt dat niet. Het blijft erg vaag. Maar zodra je er komt, herken je die straat met absolute zekerheid uit duizenden andere straten. Er blijkt een soort 'geheugenplaatje' van te bestaan dat zich niet laat projecteren als een soort dia, maar waarvan het bestaan pas blijkt als je de werkelijkheid in beeld krijgt. Dan komt het als het ware tevoorschijn en kan met dat werkelijkheidsbeeld vergeleken worden. Zulk een 'herkennings-chip' bestaat voor alle zintuiglijke indrukken. Voor stemmen en muziek heel duidelijk! Je herkent een stem uit duizenden, meestal zonder te weten waaraan je die nu precies herkent. Je herkent een muziekstuk maar je zou niet in staat zijn geweest om de melodie zelf te zingen of te spelen. We hebben honderd-duizenden van zulke 'herkennings-chips' in ons brein opgeborgen. Als daar veel van naar de knoppen gaan door een stoornis van onze hersencellen, wordt het herkennen dus gestoord. Je weet niet meer waar je bent. Als het plaatje van je eigen woning stuk is, herken je die niet meer, al woonde je er 50 jaar. Als de herkennings-chips van bekenden stuk gaan, herken je de ander niet meer, zelfs al is zo iemand je eigen kind of partner. Het zijn vooral de stoornissen van dit herkennings-geheugen die je bij dementie zo treffen. We spreken dan van desoriëntatie in plaats, tijd en persoon.

4. Het repro-geheugen. Ontzettend veel gegevens kunnen we naar verkiezing uit dit geheugen oproepen. Het is of je een video- of audiocassette opzet. Dit geheugen kan gegevens produceren, ook zonder vergelijking met de buitenwereld. Door dit geheugen kan een musicus een sonate spelen zonder muziekblad en een spreker een onderwerp behandelen zonder een tekst voor zich te hebben. Bij ouderen plegen heel oude 'cassettes', die om zo te zeggen onderop lagen, naar boven te komen en zich weer makkelijker te presenteren. Dat heeft met achteruitgang niets te maken. In dit opzicht blijkt het repro-geheugen juist weer sterker te worden. Allerlei jeugdherinneringen komen je weer glashelder voor ogen. Ik vind dat eigenlijk erg boeiend.

Wat kunnen we nu doen aan 'geheugensteuntjes', om zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven? In de eerste plaats wijs ik dan op de zorg <sup>(1)</sup> voor regelmaat. Een dagorde is op zich al wenselijk voor een aantal lichamelijke functies. Vaste tijden van opstaan, eten, toiletgang, wandelen, slapen gaan, zijn goed voor 'de regelmaat van het lichamenlijk functioneren', maar bovendien geven ze structuur aan een dag. Dat kan ook voor het geheugen een steun betekenen. Alle routine vereist minder bewust nadenken. Ze gaat 'vanzelf', ze 'slijpt in'. Door zich tijdig een dagorde aan te wennen scheidt men een voorwaarde om langer zelfstandig te kunnen blijven.

Het korte-termijn geheugen leent zich heel goed voor beter functioneren. We moeten dan het 'actiesignaal' versterken, of met andere woorden ons voornemen om iets te gaan doen sterker inprenten. Ik heb het nagelschaartje nodig en zeg nu uitdrukkelijk tot mijn geheugen: nagelschaartje, nagelschaartje! Wanneer ik dan in de slaapkamer kom, weet ik het nog precies. Als je van die versterkte inprenting een gewoonte maakt, spaart <sup>(2)</sup> het onrust en ergernis.

Dan het repro-geheugen. Ook dat is voor een (klein) deel op te vangen. Er is een eenvoudige keuze: of je vergeet van alles, of je werkt met een vast notitieblokje, waar je telkens een lijstje in bijhoudt van wat je nog moet doen aan boodschappen, enzovoorts. Dat boekje moet op een vaste plaats in pak of tas zitten, anders is het telkens kwijt. Notities op losse papiertjes is een foute methode. Sommige ouderen met slecht geheugen hebben er hun zakken vol mee, en kunnen ze niet meer vinden of zijn vergeten dat ze tijdig een lijstje gemaakt hadden.

Een andere invalshoek is het gebruik van 'opfrissers'. Fotoboeken, reishertinneringen, brieven, een dagboek, enzovoorts, dat alles kan helpen om bepaalde beelden door hernieuwde inprenting in het geheugen wat beter in stand te houden.

Het is onverstandig om telkens - als een soort test - je beslist een bepaalde naam te willen herinneren. 'Hoe heette nou die kapper toch ook alweer die grootvaders baard vroeger altijd kwam bijknippen?'. Het wordt soms een kwellende obsessie om zo'n naam weer naar boven te krijgen, terwijl het er volstrekt niets toe doet en niemand erin geïnteresseerd is. Het is de moeite waard om er een gewoonte van te maken om jezelf eens op je rug te kloppen en te zeggen: 'Laat maar'.

Is het functioneren van geestelijke functies door oefeningen te trainen en intact te houden? Ik denk dat het er net zo mee gaat als met onze spieren. Als je ze niet gebruikt neemt hun kracht af en als je ze geregeld flink gebruikt blijft hun werking in goede conditie. Maar een gestoorde spier is door oefening maar tot op zekere hoogte te herstellen of intact te houden. Het is dus heel goed om mee te blijven doen; te lezen; een krant of tijdschrift bij te houden; eens een kruiswoordpuzzel op te lossen. Maar een Duits boek dat 'Gehirnjogging' heet en dat met wat opgeklopte zwakwetenschappelijke pretenties van alles als 'hersenen-oefeningen' aanbiedt, vind ik voorlopig ronduit onzin. Neem dan, als u daarvoor voelt, net zo lief een nummer van Denksport.

De meeste moeite heb ik met het vergelijkings-geheugen. Als dat verregaand begint uit te blussen, wordt de grens naar de ziekte van Alzheimer overschreden en is een stuk zelfzorg weggefallen dat we pas kunnen herkennen als belangrijk zodra het bij iemand weg is. De grens van zelfzorg is dan voor de alleenwonende al gauw overschreden. In een tweepersoonshuishouden blijft de zelfredzaamheid langer intact, omdat de defecte zelfzorg voor een groot deel door toegenomen mantelzorg van de partner kan worden opgevangen. Als partner heb je dan wel voorlichting, steun en begeleiding nodig van beroepskrachten. Ook de hulp van buur of vriend om de mantelzorger nu en dan als 'oppas' eens een tijdje af te lossen is dan onmisbaar.

## 21. BLIJVEN ZITTEN OF VERHUIZEN

Veel mensen moeten wonen in of bij de plaats waar hun werkkring is. Voor ouderen met pensioen geldt dat niet meer en die kunnen gaan wonen waar ze willen. Een dokter die een flinke spaarcent had, zag zijn droom in vervulling gaan toen hij een fijne, niet te grote bungalow kon kopen aan het Lago Maggiore, om er zijn oude dag door te brengen. Hij kende die buurt van vakanties en was er dol op. De brieven liepen de eerste maanden over van enthousiasme. Maar binnen twee jaar kwamen we hem in Utrecht tegen. Hij was definitief terug. Het was mooi geweest maar toch wel saai, want al zijn banden met familie, vrienden, burenen, bekenden en collega's waren doorgesneden geweest. Op het panorama was hij uitgekeken. Hij genoot weer van de drukte van zijn oude straat.)

Iets anders is het als ouderen 's winters een paar maanden aan één van de vele costa's in Spanje gaan wonen, waar talrijke Nederlanders heengaan. Op vele plaatsen loopt hun aantal op tot wel 20 % van de 'bewoners'. Men neemt dan als het ware zijn sociale relaties mee. Maar verder: verhuizen om fijn buiten te gaan wonen lijkt haast altijd mooier dan het is. Treur dus niet als het onbetaalbaar voor u is.

De aard van de woning speelt eveneens een grote rol. De kinderen zijn het huis uit en als men al niet veel eerder zijn wonen had aangepast aan de behoeften van het tweepersoonshuishouden, gaat het 'bijhouden' van het te grote huis een toenemende last vormen. Woning en woonbehoeften passen nog maar slecht bij elkaar. Wordt het niet hoog tijd om naar een 'ideale ouderen-woning' te verhuizen? De Federatie van Landelijke Samenwerkende bejaardenoorden' samen met de COSBO, het Ministerie van WVC en verscheidene andere instanties hebben veel geld bijeen gebracht om een groot onderzoek te laten uitvoeren naar de woonbehoeften van ouderen. Er ligt nu een dikke stapel rapporten op tafel. Voor velen als een verrassing blijkt daaruit dat de ideale woning voor ouderen niet bestaat. Gelukkig ! Ouderen zijn gewone mensen met allerlei verschillende wensen en allerlei verschillende woonbehoeften. Deels is hun wonen afhankelijk van geld, toeval, voorkeur, beschikbaarheid of gewinning. Zoals ieder mens een eigen levensgeschiedenis heeft, zo is er ook een eigen woongeschiedenis. Wel kwam er naast andere belangrijke punten als interessant gegeven uit, dat het op de eerste plaats gaat om de aangepastheid van de woning aan de behoeften van oudere mensen in allerlei levensomstandigheden. De vraag is dus niet: 'hoe mooi, ideaal of groot woont u', maar 'is er een voldoende evenwicht tussen uw woonbehoeften en uw huidige woon-accommodatie'? Is dat evenwicht naar verwachting ook voor de toekomst aanwezig? Met andere woorden: als het zelfredzaamheidsvermogen, bij klimmende jaren wellicht gaat afnemen, is de woning dan nog altijd makkelijk genoeg leefbaar?

Er is een tweede belangrijk punt, namelijk de wijziging van het beleid van de overheid inzake ouderen. Vroeger was de mate van beroeps-hulpverlening die iemand krijgen kon, gekoppeld aan zijn soort woning, als volgt:

thuis	- heel weinig beroepshulp
verzorgingshuis	- meer beroepshulp
verpleeghuis	- veel beroepshulp

Men heeft de bezwaren van opname in een instelling goed onderkend. De

mogelijkheden om hulpverlening aan huis te krijgen, zijn voortdurend toegenomen. Het is dus mogelijk geworden om ook bij toenemend verlies van zelfzorgvermogen, toch thuis te kunnen blijven nu de verminderde zelfredzaamheid door meer beroepshulp kan worden aangevuld. Voor de keuze: 'blijf zitten waar je zit' moet ieder voor zich de volgende punten afwegen:

- Ben ik, toen de kinderen uit huis gingen, tijdig verhuisd zodat ik toen al een kleinere makkelijke woning heb gekozen, die nu goed bevalt? Zo niet, dan toch eventueel alsnog verhuizen naar een kleine woning.
- Kan de huidige woning zonder te grote kosten aangepast worden in geval van gedeeltelijke invaliditeit? (denk aan traplift, grootte van het toilet, ruimte voor manoeuvreren met rolstoel, enzovoorts). Zo ja, dan is de woning zeer gunstig voor ouderen, in dit opzicht.
- Mensen verhuizen nogal eens op goed bedoeld aandringen van hun kinderen, vooral na het verlies van de partner. Dit blijkt vaak toch geen goede oplossing want er treden belemmeringen op in de rouwverwerking en er ontstaan nieuwe problemen vanuit toegenomen contactarmoede. Bent u zich ervan bewust dat u na de verhuizing voor de opgave staat om tal van contacten opnieuw te moeten gaan ontwikkelen (leveranciers, burens, vrienden, kennissen, adressen waar je voor van alles terecht kan, etc.?)
- Wonen er thans volwassen kinderen in de buurt en goede vrienden? Hebt u prettige contacten met de burens? Zo ja, dan is dat een zwaarwegend argument om niet weg te trekken.
- Bent u in de buurt echt langdurig ingeburgerd en liggen uw winkels dichtbij? Dan liefst blijven.
- Is de huidige woning wat kosten betreft gunstig, in verhouding tot het inkomen? Zo ja, argument voor blijven.
- Is er een bewonersvereniging - bijvoorbeeld in een flatgebouw - die bij hulpbehoefte kan bemiddelen of over vrijwilligers beschikt. Ook weer een positief gegeven.
- Mensen hebben de eigenschap om aan de slechte kanten van een huis zwaarder te tillen dan ze in werkelijkheid wegen, en de goede kanten van een andere woning die ze zouden willen hebben, te idealiseren. We zijn weer terug bij de droombungalow aan het Lago Maggiore.

### 3. ZELFZORG VOOR DE KWALITEIT VAN HET BESTAAN

#### A. ZORG VOOR DE GROTE DINGEN

Hoe belangrijk goede beweeglijkheid, goede ADL en huiselijke zelfredzaamheid ook zijn, ze horen toch thuis in het vlak waar ook de dieren voor zorgen: het voortbestaan en het nest. Echte menselijke zelfzorg gaat veel verder. Deze heeft met het mens-zijn te maken. Met 'humaniteit' in een brede betekenis. 'De roeping van de mens is mens te zijn', zegt Multatuli. Het stond in 1987 nog op zijn postzegel.

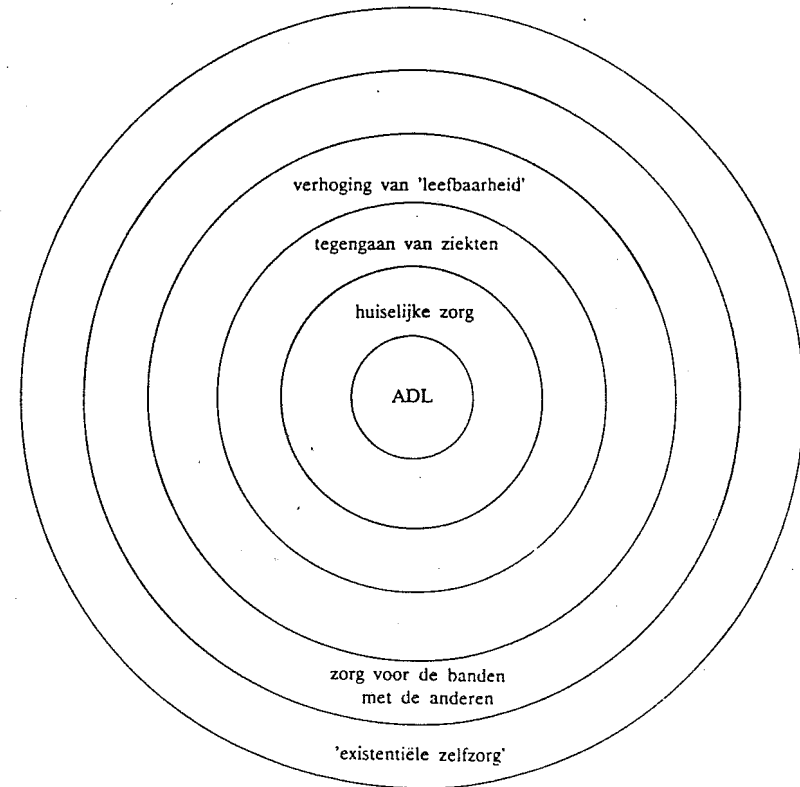
Het gaat dan om de grote dingen van het menselijk bestaan: om gezond functioneren, niet louter lichamelijk, maar ook geestelijk en sociaal; om de 'leefbaarheid' van het bestaan, om liefde geven en ontvangen; om de ander; de voltooiing van je bestaan; om de zorg het zicht op transcendente verten niet kwijt te raken. Het gaat ook om de rijkdom van het gevoelsleven. Sleutelwoorden zijn hier: aandacht, vreugde, voldoening, aanpassing, bewondering, poëzie, gezelligheid, humor, schoonheid, rust, dankbaarheid, luxe, zelfrespect, spel, lach, betrokkenheid, leedverwerking, luisteren, kunnen afstaan, berusting, ontroering, zingeving, voltooiing.

Deze kostbaarheden zijn niet te koop. Sommige vallen je als rijpe vruchten in de schoot; voor andere moet je zorgdragen door voorwaarden te scheppen, waarop ze tot bloei kunnen komen. En altijd is vereist, dat een mens zich **bewust** is van het bestaan van al **deze** rijkdommen, die zo weinig te maken hebben met geld en bezit.

Wat is dan het geheim om deze **grote** dingen van het menselijk bestaan te mogen beleven? Wat zijn die voorwaarden? Waarin bestaat dan dat 'bewustzijn'? Rond de waardevolle kern van zorg voor 'lijf en nest' liggen als de schillen van een ui de bewuste lagen van zorg:

- het tegengaan van ziekten, zowel op lichamelijk als psycho-sociaal gebied,
- verhogen van de 'leefbaarheid' van het bestaan,
- de banden met de anderen,
- de 'existentiële' zelfzorg.

Het is als het ware een 'waardenvolle ui':



Afb. 1.

Van binnenuit zullen we schil na schil gaan onderzoeken op zijn zelfzorgmogelijkheden.

## B. TEGENGAAN VAN ZIEKTEN

'Mijn gezondheid is mijn grootste schat!' O ja? Is dat niet enkel maar een loze kreet? Als dat waar was zou gezondheid de meest bepalende factor zijn voor de kwaliteit van ons bestaan. Uit het grote onderzoek naar de leefsituatie van de Nederlandse bevolking komt dat helemaal niet zo tevoorschijn. Ofschoon het aantal mensen met 'kwalen' boven 65 jaar gestadig toeneemt met de leeftijd, zien we de tevredenheid over de eigen gezondheid eveneens toenemen! Dat betekent dat mensen met gestoorde gezondheid, door aanpassing en niet te hoge verwachtingen, heel goed en tevreden met een chronische ziekte of handicap kunnen leven. (Van de 75-plussers vindt 52 % zijn gezondheid goed tot heel goed en nog eens 35 % vindt dat het wel gaat. Slechts 9 % vindt het niet zo best en 4 % klaagt over slechte gezondheid. Deze 'tevredenheids-score' is heel wat gunstiger dan de objectieve metingen van gezond functioneren in die hogere leeftijdsgroepen.)

Moeten we dan dus maar rustig met de pet gooien naar de zorg voor onze gezondheid? Dat is weer wat anders! De doden hebben hun stem immers niet kunnen uitbrengen, en er zijn er heel wat die met wat meer zorg nog best in leven zouden kunnen zijn. Het gaat om twee dingen: het ontsnappen aan allerlei factoren die de gezondheid bedreigen. Dat lijstje zullen we verderop langslipen. Maar eerst spreken we over de mogelijkheden tot zelfcontrole.

### 1. Zelfcontrole

Adriaanse schrijft in 'Leeft Nederland o.k.?' dat gebleken is dat 87 % van de Nederlanders verantwoordelijk wil zijn voor de eigen gezondheid. Wat houdt dat dan precies in voor oudere mensen? Is ziek worden dan geen gevolg van erfelijke aanleg en/of slechte leefomstandigheden. Een infectie kan je toch bij toeval oplopen? En hoe zou je kanker willen voorkómen? Inderdaad kan niet alles, maar door zelfcontrole kan menige ziekte veel vroeger aanleiding geven om de dokter eens te raadplegen. Door tijdig ingrijpen is dan menig mensenleven te redden. De volgende punten zijn daarbij van belang gebleken:

1. Duidelijke, vrij plotselinge veranderingen van lichaamsfuncties, zoals eetlust, toiletgang, dorst, enzovoorts, die geen duidelijke reden heb-

ben, vragen om oplettendheid. Is de verandering opvallend en blijft ze een paar weken duren, dan is een bezoek aan de huisarts aan te bevelen. (Als iemand bijvoorbeeld meer dorst krijgt dan hij of zij gewend was (en meer gaat plassen) kan dat een aanwijzing zijn voor een beginnende suikerziekte. Verandering van de regelmaat van de toiletgang of van de ontlasting zelf, zonder een reden (zoals bijvoorbeeld verandering van voedsel, of reizen), vraagt eveneens om medisch advies.)

2. Iedereen heeft op zijn lichaam hier of daar wel een of meer donkere 'moedervlekjes'. Die zijn volstrekt onschuldig, maar als ze zich ineens opmerkelijk gaan vergroten, kan dat komen door kwaadaardige ontarding. Vlug naar de dokter!
3. Op een dag voel je opeens hier of daar een knobbeltje. Het bekendst is de borstkanker, maar elk knobbeltje is gelukkig nog geen kanker. De huisarts kent de wegen om dat uit te maken.
4. Vermindering van lichaamsgewicht bij onveranderde leefwijze vereist altijd aandacht. Blijf je in gewicht afnemen terwijl je wat meer bent gaan eten? Is er bovendien een onverklaarbare lusteloosheid en moeheid gedurende de laatste weken of hooguit maanden, die niet op extra slaap en ontspanning reageert, dan is het zaak om niet met medisch onderzoek te wachten. Kanker kan in een vroeg stadium nog vaak goed worden uitgeschakeld. Wie zichzelf met smoesjes zoet houdt, heeft zich dan niet zelden 'de das omgedaan'. Het is aan te raden om een goede personenweegschaal op de slaapkamer te hebben. Elke week 's morgens wegen na opstaan en ledigen van blaas en darm, natuurlijk zonder iets aan. Als men dat steeds op dezelfde manier doet, kan men het gewicht goed in de gaten houden (ook het stijgen na een vakantie met teveel lekker eten!). Loop niet meteen naar de dokter als het eens een kilo minder is. Blijft het minderen en voel je je niet fit, dan is het wat anders!
5. Bloed in de urine of bij de ontlasting vormt altijd een reden om de dokter te raadplegen. Maar al te vaak heb ik patiënten gezien die zich tijden lang hadden zoetgehouden met een smoesje, omdat ze eigenlijk niet naar de dokter durfden: 'Het zal wel een gesprongen adertje zijn'. 'Het zal wel een aambeij zijn'. Ja, ja! Maar het wás kanker van de endeldarm die uitstekend te verhelpen zou zijn geweest!

Zelfcontrole kan veel narigheid vóór zijn, maar men haalt zich er nog veel

meer narigheid mee op de hals als men een 'zenuwpees' of 'pietlut' is, die elke dag elk verschijnseltje aan het lichaam zorgelijk en nerveus zit waar te nemen. Het spreekwoord bestaat niet voor niets: 'de mens die lijdt het meest, door 't lijden dat hij vreest, en nimmer op komt dagen...'. Nee hoor! Alstublieft het gezonde verstand erbij houden. Zelfcontrole moet een simpele gewoonte zijn, zoiets als het halen van boodschappen.

## 2. Gezondheidsbedreigende gewoonten

Wie graag voor zijn gezondheid iets over wil hebben, kan met enkele adviezen uit wat nu volgt zijn voordeel doen.

### a. Vermijden van verkoudheid en griep

Er wordt te veel gezoend en dan daarna gezegd: 'Eigenlijk moest ik je niet zoenen want ik heb een flinke kou'. Men weet vaak heel goed van wie men een verkoudheid of griep heeft opgedaan. Op jongere leeftijd is het meestal alleen maar vervelend, maar op oudere leeftijd zijn er duidelijk meer gevaren voor vervelende complicaties zoals longontsteking, cara, bijholten-ontsteking en verlies van het reukvermogen. Als er een verkoudheids- of griep epidemie heerst, pas dan op voor mensenmassa's, vooral in besloten ruimten, en pas op voor onnodig contact. Verkouden kinderen doen hun ouders bepaald geen plezier als ze ter ere van het verjaarsbezoek opa ongewild aansteken met hun gemene verkoudheid door goedbedoeld gezoen.

Neem op oudere leeftijd elk jaar in november een sprit influenza-vaccin. Het geeft geen absolute bescherming, maar vermindert wel de infectiekans.

b. Als een verkoudheid is 'blijven hangen' blijft men hoesten en slijm opgeven. Oudedagskwaal? Jazeker, als het wordt verwaarloosd. Er ontwikkelt zich een chronische bronchitis met zijn diverse complicaties, zoals te sterke uitzetting van het longweefsel (emfyseem) en te grote belasting van het hart. Het vage pakket van hart-longstoornissen, bekend als CARA, tast de vitaliteit en de levensverwachting aan. Hoe eerder de arts wordt ingeschakeld, hoe meer kans dat deze chronische ontwikkeling voorkomen kan worden.

### c. Chronische bijholten-ontsteking

Op de neusholte sluiten verschillende andere met slijmvlies beklede holten in de schedel aan, zoals de beide kaakholten, de voorhoofdsholte en de diepgelegen zeebeenholte. Een zwaardere neusverkoudheid kan in deze holten een ontsteking veroorzaken en die wil nogal eens chronisch worden. Dat is erg vervelend, want niet alleen pijnlijk of hinderlijk, maar vaak ook oorzaak van verlies van reukvermogen.

d. Obstipatie is bij ouderen een veel gehoorde klacht. Ze moet niet alleen worden vermeden omdat ze lastig is, maar vooral ook omwille van twee complicaties: als eerste aambeien, die door pijn en bloedverlies storend zijn, maar als tweede is er de verhoogde kans op een grotere of kleinere bloeding in de hersenen, doordat door het zware persen de bloeddruk daar oploopt. Men perst zich niet alleen een rood hoofd, maar ook 'rode hersenen'.

Obstipatie voorkómen is vooral mogelijk door het nemen van wat meer flinke lichaamsbeweging en daarnaast het gebruik van laxerend, vezelrijk voedsel, zoals 'grof' brood, rabarber, ongeschild fruit, rauwkost, stoof- of verse pruimen, enzovoorts. Het advies van een diëtiste kan heel nuttig zijn. Als dit alles onvoldoende helpt, is het verstandig om met de huisarts te overleggen en (nu en dan) laxeremiddelen te gaan gebruiken. Daarbij moet bedacht worden dat gewinning aan een laxeremiddel pleegt te ontstaan bij langer gebruik. Ik raad dan ook aan om twee of drie verschillende laxeremiddelen te gebruiken; elke twee weken een ander.

e. De lever is een orgaan waar de meeste mensen weinig van merken. Hij heeft dan ook een groot weerstandsvermogen en wordt niet gauw ziek, maar hij kan wel worden vergiftigd, namelijk door te hoog alcoholgebruik. Wat is dat, te hoog? Als men gemiddeld vijf of meer glazen per dag gebruikt is dat te hoog. Het gaat er dan niet om wat dat voor glazen zijn. In elk standaardglas zit 10 gram zuivere alcohol, of het nu een borrel, een glas wijn of een glas bier betreft. Wie die gewoonte een jaar of vijf volhoudt, kan rekenen op een lelijke beschadiging van zijn lever. Die is op den duur levensbedreigend na veel onaangename langdurige ziekteverschijnselen, want de lever heeft als normale taak (onder andere) om allerlei gifstoffen uit het lichaam onschadelijk te maken door chemische omzettingen. Onvoldoende leverfunctie maakt van je lichaam een gifbelt. Het probleem is in Frankrijk en de Verenigde Staten reusachtig, en het

neemt in Nederland steeds toe. Een kleine 800.000 Nederlanders leeft boven de 'vijf-glazen-grens'! Alcohol en zijn gevolgen (ook in het verkeer) is gaan behoren tot één van de vijf voornaamste doodsoorzaken. Ja, ja, en wij maar zeggen: 'Gezondheid is mijn grootste schat'. Hoe staat het erbij met de ouderen? Gunstig op het eerste gezicht. Het onderzoek naar de leefsituatie van de Nederlandse bevolking uit 1980 leert, dat het aantal 'drinkers' met de leeftijd afneemt. Van de 75-plussers gebruikt 48 % geen alcohol. Dat zegt de optimist, maar de pessimist antwoordt: '52 % dus wél!' Maar dan toch niet allemaal vijf glazen per dag. De laatste jaren neemt het alcoholgebruik onder ouderen echter sterk toe. Depressie, geblokkeerde rouwverwerking, eenzaamheid, helemaal blijkbaar een reden om naar de fles te grijpen. Dr. Dikkenberg denkt dat er veel meer probleemdrinkers onder bejaarden voorkomen, dan uit de statistieken blijkt. Vijftien procent van de bejaarden zou zelfs overmatig veel drinken! Als u wilt weten hoeveel u drinkt, is het niet voldoende om de schouders op te halen en te zeggen: 'Och, een paar glaasjes per dag'. Nee! Dan moet er 'geturfd' worden. Streep het aan in uw agenda of nog beter: vraag uw partner om dat eens ongemerkt een paar weken voor u te doen. Dan pas wéét u het! Tegenover de arts wordt alcoholgebruik vaak weggemoffeld! Bespaar u een nare leverpunctie of een zware psychiatrische stoornis en vertel het precies.

#### f. Zelfbeschadiging door medicijnen

Dit komt helaas vaker voor dan menigene denkt. Heel wat oudere mensen die met vage klachten op mijn spreekuur kwamen, heb ik kunnen genezen door hen aan te raden om met al hun medicijnen te stoppen, behalve met één of twee die blijkens onderzoek echt onmisbaar waren. Dat komt door het opstapelingsverschijnsel. (Men heeft ooit eens van zijn huisarts een medicijn gekregen tegen opstipatie en 'de zenuwen'. Van de internist waren er twee medicijnen tegen te hoge bloeddruk. Na verhuizing kwam er een tablet bij van de gynaecoloog wegens opvliegingen en de cardioloog schreef wat voor tegen hartklachten. Nu nog een slaaptablet erbij, wat rennies tegen het zuur en men heeft een kast vol flesjes en doosjes staan.) Elk geneesmiddel kent zijn complicaties en schade bij langdurig gebruik. Bovendien beïnvloeden verschillende middelen elkaar op ingewikkelde wijze die lang niet altijd precies bekend is. En dan zijn er nog de onverwacht ernstige reacties bij ogenschijnlijk totaal onschuldige tabletten. Zo zijn er nogal wat sterfgevallen en maagperforaties in de vaklitera-

tuur beschreven door het gebruik van aspirientjes!

Van de 75-plussers blijkt 68 % geregeld medicijnen te gebruiken. Als u al verscheidene jaren meerdere medicijnen slikt is het verstandig om heel de verzameling eens mee te nemen naar de huisarts, zodat hij u kan aanraden wat verder wel en wat niet meer in te nemen.

#### g. Risikant eten

Garnalen, tartaar en filet-american horen in Nederland tot 'riskant voedsel', omdat ze meer kans hebben om gevaarlijke darmbacteriën te bevatten. Darminfecties door besmet voedsel nemen in Europa de tweede plaats in op de ranglijst van infecties, zegt de Wereldgezondheidsorganisatie. Iedereen die er gereisd heeft, weet dat vooral in de zuidelijke Europese landen opgepast moet worden, al gaat het in snel tempo beter, vergeleken met zo'n twintig jaar geleden. Een andere klemmende vraag is, hoe het zit met al die kankerverwekkende stoffen in het voedsel. Als je geregeld de krant en populaire bladen leest ga je geloven dat er haast niets meer is dat je veilig kan eten. Om kanker te vermijden, kies je dan voor de hongerdood! Laten we het allemaal eens nuchter bekijken. Veel chemische stoffen die bij dierproeven 'kankerverwekkend' zijn, vertonen die eigenschap alleen statistisch, dat wil zeggen er krijgt alleen een wat hoger percentage van de proefdieren kanker (dus lang niet allemaal!), en het verschijnsel doet zich meestal voor bij hoge dosering, veel hoger dan wij ooit in ons voedsel gebruiken. Geen paniek dus. Om kanker te krijgen is er steeds een samenspel van verschillende factoren nodig. Ik noem er drie als voorbeeld: een aangeboren aanleg voor veranderingen in het DNA van de celkernen; vermindering van de immunologische afweer tegen zulke veranderingen; een uitwendige prikkel die bestaan kan in een chronische ontsteking of vergiftiging (rook bij longkanker) of aanwezigheid van kankerbevorderende stoffen in het voedsel.

In 1986 heeft in ons land de Voedingsraad veel aandacht aan zulk soort stoffen besteed. Men denkt wel dat door voedingsmiddelen het 'uitbreken' van kanker bevorderd kan worden als de andere factoren eveneens aanwezig zijn. Maar het is nog niet zover dat de wetenschap dat verband preciezer kan aangeven. In de Verenigde Staten is een ruwe schatting gemaakt, waarbij gedacht wordt dat in eenderde van de gevallen van kanker, de voeding invloed heeft gehad op het verschijnen ervan. In verschillende groentesoorten (bloemkool, broccoli) zouden stoffen voorkomen die juist het ontstaan van kanker weer zouden tegenhouden. Maar

ook hier is men nog niet zover gevorderd dat er echt deugdelijke adviezen te geven zijn. Het is dus een dankbaar niemandsland voor fantasten, kruiden- en voedselprofeten, alsmede voor goedgegelovigen om met allerlei diëten te wapperen.

Maar nu het cholesterol? Krijg je daar een hartinfarct van? Ach nee! Na 20 jaar van allerlei biochemisch en voedingsonderzoek zijn de geleerden daar nog niet uit. Niet omdat er geen goed onderzoek is uitgevoerd, maar omdat nu wel vaststaat dat het nooit om één enkele oorzaak gaat, zoals verhoogd cholesterol in het bloed. Net als bij kanker moet er een heel stel factoren op een gegeven moment samen gaan werken voor het fataal wordt. De Voedingsraad heeft dan ook in haar 'Advies Richtlijnen Goede Voeding' in 1986 geen absolute verboden 'afgekondigd', maar haar grote onderzoek afgesloten met zeven raadgevingen die in het kort neerkomen op het volgende:

1. Zorg dat je niet te dik wordt (wisten we al).
2. Eet gevarieerd. Niet alsmaar van hetzelfde.
3. Neem weinig dierlijk vet. We moeten in Nederland een kwart minder vet eten en tegelijk meer plantaardige onverzadigde vetten (zoals bijvoorbeeld beel).
4. Minder cholesterol gebruiken. Het huidige consumptieniveau wordt als maximaal beschouwd. Zuinig dus met eieren, schaaldieren en orgaanvlees.
5. We moeten meer meelstijzen eten als we het vetgebruik verminderen. Bruinbrood is goed.
6. Matig zijn met alcohol (wisten we ook al).
7. Matig met keukenzout. Vooral voor oudere mensen is het interessant dat bij laag zoutgebruik de botontkalking langzamer gaat. Dat betekent niet 'zoutloos of zoutarm' dieet. Het huidige normale gemiddelde zoutgebruik van negen gram per persoon per dag beschouwt de Voedingsraad als nog juist aanvaardbaar maximum. Gewoon een beetje kalm-aan met zout is dus al voldoende.

Over deze adviezen bestaat intussen zowel in Nederland als in de Verenigde Staten grote overeenstemming (consensus-conferenties in 1987). Het ziet er bovendien naar uit dat er eindelijk een middel is gevonden om de cholesterolproductie in het lichaam te blokkeren: het lovostatin, dat onder de merknaam Mevacor in de Verenigde Staten in de handel komt. Dat zou héél belangrijk kunnen worden.

### 3. Het 'life-capital'

Dat begrip is tegenwoordig 'in'. Iedere mens heeft als het ware een 'levenskapitaal'. Sommigen kregen maar heel weinig, bijvoorbeeld door aanleg, hongersnood of epidemieën, en dat was dus vlug op. Ze stierven al als baby of kleuter! Voor ieder mens is dat 'levenskapitaal' verschillend. Wij ouderen hadden er veel van, want anders waren we nu geen levende ouderen. Maar de vraag is voor ons vooral: 'Wat doen we met het restant?' Hoe groot dat is valt alleen statistisch te zeggen, maar niet individueel. Dat komt mede door de wijze van omgaan met ons eigen restant 'life-capital'. In het voorgaande heb ik een hele reeks maatregelen genoemd die iemand zich als gewoonte kan aanwennen, zodat hij dan zuinig met zijn levenskapitaal omspringt. Je kan het ook letterlijk snel 'opsouperen', en je kan er zelfs mee smijten. Dat is een persoonlijke keuze. Wie het elke dag als een vrek zit te bewaken en erover zeurt, wordt er neurotisch van en dan is het niet de moeite waard! Een gezonde plezierige levensstijl die het optimale gedragspatroon als gewoonte heeft ingeleefd, is voor ouderen een alsnog haalbare toestand en als dát lukt, draagt het wel degelijk bij tot de kwaliteit van het eigen bestaan.

### C. ZORG VOOR 'LEEFBAARHEID'

De derde schil van onze 'waarden-volle' ui hebben we de leefbaarheid genoemd. Daarbij gaat het om allerlei dingen die op zichzelf niet zo strikt noodzakelijk zijn als eten of aankleden, maar om alles wat het leven onder de gegeven omstandigheden prettiger, aangenamer, gemakkelijker kan maken. Ik vind het een lelijk woord, maar het is nu eenmaal ingeburgerd. Uit dit wijdse veld groeperen we een aantal waarnemingen en onderzoeksresultaten in vier onderwerpen:

1. comfort
2. luxe
3. tijdbesteding
4. alleen of samen.

#### 1. Comfort

Dat is wat anders dan luxe. Het betekent veeleer woongemak, gerieflijk-



heid. Het begrip is pas in de achttiende eeuw ontstaan en komt van 'comfortare', troosten. Voordien was wonen niet zo comfortabel. Wie in een plagenhut woonde had het niet zo gerieflijk. Maar als je in een eeuwenoud mooi kasteel rondloopt merk je al gauw dat je daar 's winters ook voor geen geld zou willen wonen! Meer en meer is het huis een soort 'woon-machine' geworden waaraan we heel wat eisen zijn gaan stellen wat het comfort betreft: privacy (geen inkijk), intimiteit, huiselijkheid, gemakelijkheid, efficiënt in het gebruik, niet gehorig, enzovoorts.

Comfort is meer een kwestie van vindingsrijkheid en handigheid dan van geld, al maakt dat laatste het wel makkelijker. Een oude Amsterdammer vergrootte zijn comfort toen hij een nog goede rieten leunstoel die in 'Zuid' bij het groot vuil stond, meesleepte naar zijn kamer. Een ander heeft volop geld maar is zo gewend geraakt aan ongemakkelijke kleinigheden, dat hij het erbij laat zitten. (Bij een alleenwonende oude vriend ging ik eens op bezoek. De deur ging met luid piepende scharnieren open na moeizaam gedraai aan de ronde deurknop. De kamerdeur klemde. Het raam tochtte vervelend in mijn rug. Ik at bij hem en ergerde me aan zijn botte messen. Ik moest de korstjes van mijn boterham gewoon doorzagen. Het was verder heel gezellig. Hij scheen er weinig last mee te hebben, maar mopperde wel op een paar van zijn kleine ongeriefjes. Handig was hij niet en omdat ik zelf van karweitjes houd, bood ik aan om een volgende keer wat gereedschap mee te nemen en een middagje te komen knutselen. Eerst wilde hij dat natuurlijk niet, maar ik haalde hem toch maar over. Een maand later verscheen ik met een koffertje met flink wat gereedschap. Eerst met kruipolie langs de scharnieren. Deur open, deur dicht, deur open, het gegil verdwijnt en de deur gaat lichter. De andere kamerdeuren en kastdeuren nu ook maar. Hij bekijkt het wat argwanend. Maar als ik de ronde binnendeurknop van zijn huisdeur heb vervangen door de rechte deurkruk die ik daarvoor heb meegebracht en hem zijn huisdeur laat proberen, slaat hij om als een blad aan een boom. Dit is fantastisch! Met zijn oude handen kon hij vooral 's morgens die verdraaide ronde deurknop haast niet omgedraaid krijgen sinds hij niet hard genoeg meer knijpen kon. Ik ga enthousiast verder. Samen tillen we de kamerdeur uit zijn scharnieren. Hij klemt vooral aan de onderkant door lichte verzakking. Met de bandschuurmachine zijn er in een paar minuten 4 millimeter af. Samen de deur weer afhangen. Ziezo. Nu een paar meter tochtstrip hier en daar in de raamspanningen. Dan de roestvrij stalen kartelmessen even langs de slijpsteen halen die in de boortol is gezet. Heel de middag ben ik met

plezier bezig geweest. We drinken een borrel op zijn verhoogde comfort. Het kostte vrijwel niets. Hij is er helemaal door opgefleurd. Het zijn al die kleinigheden samen, die bepalend zijn voor gemak of ongemak en voor vele mensen wel degelijk wat te maken hebben met de kwaliteit van hun bestaan. Zulk 'klusjeswerk' is echt iets voor vrijwilligers. Het komt er anders natuurlijk nooit van om een timmerman, een schilder en een behanger te laten komen. Het zou die middag dan bovendien al gauw een paar honderd gulden zijn gaan kosten! ))

Comfort hangt ook samen met vindingsrijkheid. Om onder het eten niet telkens te moeten opstaan om het zout te pakken, of nog een mes, een 'bottenbordje' of een servetje is de 'comfortkast' naast de eettafel een praktisch voorbeeld van wat ik bedoel. (Zulk een kast moet niet meer dan 25 cm diep zijn en ongeveer 45 cm breed. Manshoog is al meer dan genoeg. Om de 15 tot 20 cm is er een legplank, onderaan op groter hoogte zodat er bijvoorbeeld een prullemand in kan staan. Er zitten dan dus een zestal legplankjes in en geen deurtje ervoor. Tegen de muur gemonteerd waar de eettafel staat, naast de stoel waarop de etende zit, heeft die alles bij de hand. Want op de plankjes staan de borden, kopjes, glazen, liggen de messen, lepels, vorken, servetjes. En verder alle kleinigheden die onder het eten nodig zijn, als een paar kruidertjes, het medicijntje, enzovoorts. Vraag niet hoeveel opstaan en geloop zo'n comfortkastje bespaart. Dat gaat vooral tellen als het wat moeizamer gaat. Te koop is zo'n kastje meestal (nog) niet, maar een handige doe-het-zelver maakt het in een paar uur voor een paar tientjes aan materiaal in precies de gewenste breedte en hoogte.)

Dit verhaal is als voorbeeld bedoeld waarmee ikzelf nog dagelijks goede ervaring opdoe. Aardig is het om zelf voor de eigen specifieke behoeften aangepaste comfort-hulpjes te bedenken. Je vindt altijd wel mensen die bereid zijn ze te maken.

Interessant is het, wanneer je voor meer comfort voelt en er wat geld voor over hebt, alle dingen in huis op hun gemak van functioneren te beoordelen en eens te vergelijken met de moderne industriële producten. Vooral de komende jaren zullen de elektronische apparaten die het huishouden in allerlei opzicht vergemakkelijken, een nog grotere vlucht gaan nemen. Op die manier kan zelfzorg, ook bij functie-vermindering, veel langer worden uitgeoefend.

## 2. Luxe

Die heeft met meer gemak of gerieflijkheid heel weinig te maken. Toch zei de beroemde schrijver Oscar Wilde eens: 'De diepste behoefte van het menselijk bestaan is luxe'. Luxe betekent weelde, het bijzondere, of ook overvloed. In de zin van 'het bijzondere' kan ik Wilde heel goed volgen. Elk mens wil ergens graag iets bijzonders zijn of hebben; iets dat een ander niet heeft en waar je dan persoonlijk trots op kunt zijn. (Ik bracht eens voor een eenvoudige dorpsjongen van 17 jaar als cadeautje een wonderlijk met goud en glimmers versierd kopje van een Javaans meisje mee, typisch produkt van de souvenir-industrie. Verrukt riep hij uit: 'Dá heeft er geen ene!'.) Ondanks alle ideologische leuzen over de gelijkheid van alle mensen, willen we zelf juist van elkaar te onderscheiden zijn. Heel inconsequent verfoeien we een uniform, zoals Mao voor heel het Chinese volk invoerde! Nee, iedereen kleedt zich graag op zijn eigen manier, een beetje anders dan de anderen. Luxe is het om in een bepaald opzicht iets bijzonders te hebben. Men hoeft zich niet in weelde te baden of met geld te kunnen smijten om iets bijzonders te hebben. Veel verzamelingen hebben iets bijzonders en die kun je dus met trots laten kijken. Hobbyisten-knutselaars maken soms heel bijzondere dingen zoals poppenhuizen van sigarebandjes of molens geplakt van lucifers. Daar komt een foto van in een plaatselijk blad. Dan heb je echt iets bijzonders. Zorgen voor hier en daar een kleine luxe in je bestaan is even leuk als een vroeg zwellende knop in een struik aan het einde van de winter. Straks ga ik een 'luxe broodje' eten. Dat is alleen maar luxe omdat ik het niet elke dag eet. Kleine bijzonderheden, kleine luxes, dat hoort bij de zorg voor de kwaliteit van je bestaan en het kan best ook al moet je een stapje terug doen wat je geld betreft.

## 3. Tijdsbesteding

Voor heel wat ouderen is de morgen van elke nieuwe dag als een donker gat. Niets is er wat lokt tot opstaan. Een zinnig bezigzijn is niet in het verschiet. Een dag van eindeloze verveling gaat zich traag voortslepen naar een grauw en nutteloos einde. Een harde uitspraak luidt: 'Ze proberen de tijd te doden tot ze zelf door de tijd gedood worden'. Voor mensen met zware geestelijke of lichamelijke invaliditeit kan je je daar best in verplaatsen, al zullen we in hoofdstuk 5 en meer nog in 6 kunnen zien, dat

ook daar nog wel iets aan te doen is. Maar voor ouderen die het geluk hebben nog in redelijk goede conditie te zijn en geen grote zorgen hebben over hun middelen van bestaan, is het doodjammer dat door die lusteloosheid de kwaliteit van hun bestaan zozeer in de vernieling gaat. 'Wat heb ik van dit leven nog te verwachten?' hoor je dan zeggen. Nou, elke nieuwe dag dus! Elk uur geeft de kansen om iets aardigs, gezelligs, nuttigs of goeds te doen. Wanneer men dit perspectief weer zou willen invullen is een bezoek aan een bewoner van een verpleeghuis meestal een flinke prikkel. Als je jezelf dan vergelijkt met velen die je daar ontmoet en die graag met je zouden willen ruilen, kan de motivatie 'om er wat van te maken' sterk toenemen. Je gaat er dan weer voor zorgen dat je dag prettig en zinnig besteed gaat worden. Dat is niet gemakkelijk, want tot aan het pensioen had de dag steeds 'het werk' als ruggegraat. Je moest er zo laat zijn; dan waren er tijdvervullende bezigheden, een koffie- en middagpauze en aan het eind van de middag thuis, met eten, de kinderen, de televisie en naar bed. Na het pensioen valt die regelmaat weg. Je moet dan zelf structuur gaan geven aan je tijdsbesteding, opdat de dagen niet gaan rammelen. Een dagprogramma maken voor jezelf heeft dat ten doel. Het moet een steuntje zijn en niet een dwangbuis. Van belang is om de regelmaat van maaltijden als vaste punten aan te houden. Over het belang van zulk een regelmaat voor de lichaamsfuncties heb ik al geschreven. Van bijzonder belang is het verder om rond te kijken naar een paar aardige clubs of verenigingen in de buurt, waar je lid van kan worden. Dat geeft wat vaste verplichtingen van bijeenkomsten en vergaderingen. Je treft er andere mensen, vaak met dezelfde problemen, en daaruit kunnen ook weer contacten voortvloeien. Dan is er de tijd voor lichamelijke activiteiten, zoals een wandeling of meedoen aan ouderengymnastiek of boodschappen doen. Kies voor boodschappen, vooral in supermarkten, de stillere uren. In de drukke middagpauzes zijn er heel wat werkende mensen die juist dan gauw even hun boodschappen moeten doen en zwaar het land hebben als een stroom trage ouderen aan de kassa's veel tijd vergt met afrekenen en inpakken. Natuurlijk, ik weet het wel, wij hebben als ouderen het recht om boodschappen te doen wanneer wij dat willen, maar laten we daar niet kinderachtig over doen en liever vrijwillig zoveel mogelijk rekening houden met andere mensen. Dat is beschaving! Zo valt een dagschema heel goed op te bouwen met stukken 'vrije tijd' erin die elke dag weer anders en naar behoefte gevuld kunnen worden. Langzamerhand ontstaat een nieuwe dagroutine en dat kan veel bijdragen

aan de leefbaarheid van het bejaarde bestaan. Wanneer lusteloosheid en nietsdoen en maar zitten te zitten voortkomt uit een depressie, is het goed om de huisarts erin te betrekken. Er is heel wat aan te doen!

#### 4. Alleen zijn

Onze oude koningin Wilhelmina schreef een boek onder de titel 'Eenzaam maar niet alleen'. Arme Wilhelmina! Hoe heerlijk als je kunt zeggen: 'Alleen maar niet eenzaam'. Maar al te vaak worden die twee begrippen op een hoop gegooid en dat is heel onjuist. Alleenwonend wil helemaal niet zeggen dat je dan ook eenzaam bent. Het is ook geen verschijnsel dat speciaal bij oudere mensen voorkomt. Vaak is het een keuze, die berust op een sterk verlangen naar privacy en vrijheid. Vroeger was dat anders. In de Middeleeuwen was er ook in onze Westerse wereld een sterk gemeenschapsgevoel. Het eigen-ik was veel meer verweven met de anderen dan nu het geval is. Wie in het verre Oosten reist vindt zo'n gemeenschapsleven nog in volle bloei. Maar al eeuwenlang is ons gevoelsleven steeds meer een privé-aangelegenheid geworden. De 'pijnlijke drempel' van het bij elkaar zijn is steeds hoger geworden (Norbert Elias). Schaamte en gêne zijn toegenomen, zowel wat betreft het lijf als het levenslot. Veel mensen zijn dus liever alleen of doen geen moeite om weer met anderen te gaan samenwonen. Het alleen-wonen is in onze samenleving dan ook enorm toegenomen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek meldde dat er in 1971 (afgerond) 450.000 mensen in Nederland een eenpersoonshuishouden hadden. Ruim tien jaar later, in oktober 1981, waren dat er 998.000 geworden en we zitten nu al flink over het miljoen. In bovengenoemd jaar bestond minder dan de helft van de alleenwonenden uit 65-plussers. Het blijkt dus helemaal niet waar te zijn dat alleenwonen (en eenzaamheid) iets is wat bij de ouderdom hoort! Het samenwonen is bovendien in de arbeidzame jaren veel makkelijker, want één van de partners is dan de hele dag naar zijn of haar werk en de kinderen zijn naar school. De drukte van het samenwonen beperkt zich tot maaltijd en avond. Maar twee ouderen zitten vaak de hele dag 'op elkaars bovenlip'. Alleenwonend wil helemaal niet zeggen dat iemand dus ook 'alleenstaand' is. De betekenis die Van Dale aan het woord alleenstaand toekent: 'niet tot een groep behorend', geldt voor eenzaamheid, meer dan voor alleenwonend. Veel alleenwonenden horen wel degelijk bij allerlei groepen en hebben volop sociale contacten. Kortom, de leefbaarheid van het bestaan

wordt door alleenwonen niet aangetast en in veel gevallen er zelfs aanzienlijk door verhoogd.

Het alleenwonen op hogere leeftijd, bijvoorbeeld boven 80 jaar, heeft echter als ernstig bezwaar dat men kwetsbaar is als er hulp nodig is. Dat kan zijn door een kortdurende ziekte, en dan is het meestal wel op te vangen met wat hulp van familie, buren en gezinszorg. Moeilijker wordt het bij chronisch functieverlies. Daaraan is hoofdstuk 5 gewijd. Maar vooral de acute ramp, zoals een hartaanval, beroerte of gebroken been, vraagt om tijdige voorziening door het zorgen voor een goede alarmingsmogelijkheid (zie daarvoor bladzijde 40).

Heel anders wordt het als iemand 'alleen overblijft' en helemaal niet graag alleen wil wonen. In 1984 leefden er van de Nederlanders boven 75 jaar ongeveer 100.000 als gehuwden, maar er waren er bijna 340.000 die alleenwoonden als weduwen, weduwnaars, ongehuwden en gescheidenen. Er is bovendien een groot verschil tussen mannen en vrouwen: één man tegen drie vrouwen! Dat komt ook omdat vrouwen gemiddeld zeseneenhalf jaar ouder plegen te worden dan mannen, terwijl bovendien een oude man blijkbaar makkelijker weer een partner kan vinden dan een oudere vrouw. Er zijn dus heel wat oudere vrouwen die tegen hun zin alleen wonen, ten gevolge van partnerverlies. Dan is eenzaamheid een dreigend gevaar.

Onze samenleving is vaak onbarmhartig. Er wordt al gauw gefantaseerd en geroddeld als een alleenwonende weduwe met een zekere regelmaat een man op bezoek heeft. Ook dat werkt eenzaamheid in de hand!

In de toekomst verwacht men een vermindering van hartziekten en hersenbloedingen. Mannen tussen 55 en 75 jaar zijn daar vaker het slachtoffer van dan vrouwen. Een aanzienlijke daling in de sterfte door die ziekten, kan een grote invloed gaan krijgen op het verschil in de gemiddelde levensduur tussen mannen en vrouwen. Dat betekent: naar verhouding een kleiner aantal oude weduwen. Maar het gaat dan wel over een periode van de komende 25 jaar.

#### 5. Afwenden van eenzaamheid

Partnerverlies is één van de grootste rampen die een oud paar treffen kan. 'Niet degene die het eerst sterft is dood, maar de ander die alleen overblijft', is een oude Indiaanse zegswijze. Er volgt een rouwproces dat

vele maanden duren kan. Dat kan ertoe bijdragen dat contacten geleidelijk verschromelen. Ook contacten die de partner had vallen weg. Het huis is te groot geworden en het bed te breed. Eenzaam word je, als je niemand meer hebt om echt naar je te luisteren; als je je levensvreugde en perspectief, samen met wanhoop en verdriet in je hart hebt ingemetseld en er met niemand meer over praten kan. Dan is veel van de leefbaarheid van het bestaan verloren gegaan!

Omdat het tegengaan van eenzaamheid zo belangrijk is, heeft men er de laatste jaren veel onderzoek aan besteed. In 1981 verscheen de publikatie 'Eenzaamheid onder de oudere bevolking in Nederland'. Daaruit bleek tot verrassing van veel mensen, dat eenzaamheid onder ouderen minder vaak voorkomt dan verwacht werd. Slechts 4 op de 100 ouderen voelt zich voortdurend eenzaam en 15 % nu en dan eens. Dat betekent dat heel veel ouderen de slag van partnerverlies te boven weten te komen. Dat gebeurt niet zonder meer door mensen om je heen te hebben. Uit bovengenoemd onderzoek bleek bijvoorbeeld ook dat ouderen in tehuizen niet minder maar juist vaker problemen hebben met eenzaamheid! Het blijkt overigens erg van de sfeer af te hangen en geldt zeker niet voor alle ouderen of alle tehuizen. Loos gebabbel in een conversatiezaal helpt er niet tegen. Wat dan wel?

- Allereerst is het rouwproces van het grootste belang. Het verwerken van een verlies heeft vele kanten. We gaan daar dieper op in op pagina 86.  
- Dan is er de vraag of iemand in staat is om zijn of haar sociale contacten in stand te houden en zelfs uit te breiden. Eenzaamheid is immers 'de weg kwijt zijn naar en van het hart van andere mensen'. Sommige mensen hebben het daar makkelijk mee als ze van nature warm zijn en charme uitstralen. Anderen sluiten veel moeilijker aan; je zou ze 'sociaal-invalide' kunnen noemen. Als je weinig familie hebt, die bovendien veraf woont en kil van aard is, heeft men van die kant weinig te verwachten. Opvallend is, dat in de Verenigde Staten veel oudere vrouwen veel betere en nauwere relaties onderhouden met vrienden en burens dan met hun eigen familie. In Nederland constateerde Dr. Knipscheer dat weduwen vaak teleurgesteld zijn over hun contact met familieleden. Ook kon hij vaststellen dat veel ouderen, of ze nu kinderen hebben of niet, voorkeur vertonen voor relaties met leeftijdgenoten.

Om je relaties te onderhouden en uit te bouwen, is een vragende en aandacht-opeisende houding funest. Ook hier is weer 'dwars-denken'

nodig! Wie aandacht en begrip wil ontvangen en ook echt nodig heeft, moet beginnen om zelf aandacht en begrip te geven aan een ander die er behoefte aan heeft! Je kan meestal niet zomaar met je emotionele problemen aankomen bij iemand met wie je niet nauw verbonden bent. Eerst is er dan meer zakelijk contact nodig. Dat kan makkelijk gevonden worden door lid te worden van een club, vereniging of deelname in een groepsreis. Dat heeft mijns inziens de voorkeur boven de wat erg rechtstreekse methoden als 'kennismakingsavond voor alleenstaanden' of een advertentie voor een vriend of vriendin. Overigens kan dat natuurlijk ook een weg zijn. Knipscheer raadt aan om de kring van contacten, ook buiten de familie, met zorg uit te breiden, zodat je een sociaal netwerk krijgt met voldoende draagvlak, liefst nog vóór het overlijden van de partner.

- Eenzaamheid wordt versterkt door teleurstelling en verbittering. Junstall stelde al in 1966 vast dat te hoge verwachtingen ten opzichte van je omgeving funest zijn. Velen vragen zich ook wanhopig af: 'Wat heb ik nu verder nog voor toekomst? Nu hij er niet meer is, verliest mijn leven zijn zin. Ik ben een fiets geworden waar één wiel af is'. Alles is dan op één kaart gezet alsof het leven zelf geen opgave zou zijn en alsof er geen andere mensen bestaan die veel voor mij betekenen, en ik voor hen! De vraag naar het doel van het bejaarde bestaan komt met grote klem naar voren.  
- Tenslotte is er dan nog de eenzaamheid als zelfbestrafing. Er kan een diepe teleurstelling achter zitten over een levensloop. Het 'zwellen in zijn ellende' is dan een vorm van leven en voor sommigen een pervers genoeg. 'Laat mij maar! Oud en lelijk! Niemand kijkt nog naar mij om!'. Wonderlijk is het verschijnsel dat eenzame mensen soms van een huisdier geweldige troost en gezelligheid ontvangen. Een goed opgevoede hond met voldoende gehoorzaamheidsstraining betekent dan een geweldige kameraad. Hij neemt je zoals je bent en laat zijn waardering luide blijken als je aardig tegen hem bent. Hij kletst, roddelt en zeurt niet en zegt niets terug. Hij komt niet met vragen of verwijten, maar is tevreden als hij zijn eten krijgt en uitgelaten wordt. Zijn trouw en afhankelijkheid doen een mens goed. Velen praten dan ook met hun hond. Het zorgen voor een huisdier voorziet ook weer in een behoefte. Mensen zorgen graag ergens voor, bewust en vaker nog onbewust, en dat zorgen geeft een gevoel van zinnig bezig te zijn. Iemand heeft je nodig. Er is een aantal gevallen bekend waarbij totaal in zichzelf gekeerde (autistische) psychiatrische patiënten, waarmee jarenlang geen menselijk contact gemaakt kon worden, met een

hond zachtjesaan 'aan de praat' raakten. In de Verenigde Staten wordt, meer dan bij ons, aandacht besteed aan die gunstige mogelijkheden van honden. Door de al genoemde 'Stichting De Zorghond' worden door vrijwilligers zulke honden voor en samen met ouderen opgeleid. Ook voor andere huisdieren geldt hetzelfde, maar meestal toch in veel mindere mate dan voor honden. Weg met de eenzaamheid dus!

## 6. Geldzaken

In Nederland is er geen oudere die moet sterven van de honger, de kou of gebrek aan zorg. Daarvoor bestaat er een voldoende pakket van voorzieningen dat in menig opzicht tot de beste van de hele wereld behoort. Zo waren er in tal van plaatsen tijdens strenge kou-perioden extra voorzieningen zoals bijvoorbeeld een 'wintertelefoon'. De leefbaarheid van het bestaan hoeft dan ook vrijwel nooit door geldzorg te worden aangetast, tenzij men er slecht mee omgaat of verder wil reiken dan zijn arm lang is. Veeleer bestaan er zorgen, dat op hoge ouderdom de spaarpot of het vermogen nog altijd fatsoenlijk beheerd zullen worden. Oppassen voor aardige neefjes. Ik heb er een met bijna 20 mille uit het verpleeghuis zien stappen. De AOW van tante over meerdere jaren ging in een poenige tweedehands sportwagen plus de bijpassende meiden. Ook zijn er heel wat lieden die op goedgelovige ouderen parasiteren. Het komt zelfs weleens onder hulpverleners voor en er bestaat zelfs een naam voor: 'uitnemers'. Er zijn meerdere mogelijkheden om goed met geld te blijven omgaan. Allereerst een onkreukbaar familielid. Verder kan men ook met een bank een beheersovereenkomst aangaan. Wie er meer over moet weten, vindt dat in het boekje: 'Bejaard, hoe en wat', dat handelt over recht en raad in al zulke zaken (Uitg. Kluwer/Teleboek, 1986).

## D. OUDEREN EN HUN LIEFDESKRING: PARTNER, KINDEREN, KLEINKINDEREN

De volgende schil van onze 'waarden-volle ui' omvat een heel ander zorgveld: liefde en zorg voor, met en van je dierbaren.

## 1. Liefde en seksualiteit

Liefde wordt wat al te vaak gekoppeld aan seksuele activiteit. Iedereen weet dat het omgekeerde evenmin juist is. Bij een jong stel gaan liefde en seksualiteit natuurlijk wel in sterke mate samen, maar die verbinding over een heel mensenleven te verwachten of te verlangen strookt niet met de werkelijkheid. Die werkelijkheid is dat de seksuele potentie bij de man heel lang kan blijven bestaan maar steeds meer in kracht afneemt. Sommigen bejammeren dat en wijten geringere seksualiteitsbehoeften van ouderen aan het strenge taboe waarmee seks vroeger omgeven was. Dat speelt in de huidige generatie hoogbejaarden natuurlijk ook nog een belangrijke rol. Het lijkt mij onbillijk om reclame te maken voor seksuele activiteit van bejaarden als zou dit zo gezond en vitaal zijn en ouderen op te roepen om ook nog over hun diepgewortelde achterdocht of afkeuring van seks heen te stappen. Het 'blijje vrijen' zoals in 'Leven met de jaren' zo duidelijk wordt aangeprezen, kan natuurlijk gelden voor een deel der 'jongere ouderen' dat daarvoor voelt, maar daarmee mogen de vele ouderen die daar niet voor voelen, niet worden veroordeeld als slachtoffers van ouderwetse taboes. De kwestie is daarvoor bovendien veel te ingewikkeld.

Beter is het de verschillende aspecten die met elkaar samenhangen eens op een rijtje te zetten en dan te kijken hoe die verschillende factoren in de loop der jaren veranderen en welke invloed dat heeft op hun samenhang. Ik noem dan: liefde, erotiek, libido, potentie, orgasme, voortplanting, zorg voor elkaar. Bij een jong stel dat pas getrouwd is of gaat samenwonen zijn de eerste vijf factoren tezamen allen in sterke mate in het spel. Maar leven als in de 'wittebroodsweken' van vroeger heeft zijn grenzen. Het kussen, vrijen, stoeien en paren gaat wat afnemen en er komt een nieuw element steeds sterker naar voren: men gaat uit liefde voor elkaar zorgen. Dat zorgen is niet louter een bezigzijn met het verwerven van inkomen en sociale zekerheid of met schoonmaken of eten koken of zorgen voor gezelligheid en ontspanning. Het neemt voor een deel de rol over van het liefde bedrijven. Daar kan je tenslotte niet aan één stuk door 24 uur lang dag na dag mee bezig zijn. De liefde bedrijven is - op een ander vlak - te vergelijken met het glimlachen. Dat kan je niet blijven doen, want het wordt onherroepelijk grijnzen. Toewending tot elkaar heeft meer pijlen op zijn boog. Wat altijd blijft en voortdurend geleverd kan worden is zorg voor elkaar, bezorgdheid, zorgzaamheid, als voortdurend teken van de

liefde tot elkaar. Als een paar het samen door de jaren heen heeft volgehouden, zie je met het toenemen van de jaren het seksuele beleven van de liefde zich steeds meer sublimeren naar een rijpe liefdevolle zorg voor elkaar met een diep begrip en in grote verbondenheid. Het is dan helemaal niet zo belangrijk of er al dan niet nog gepaard wordt en hoe dikwijls en hoe leuk. Het is dit beeld van oudgeworden ouders dat een jonge generatie kan boeien door zijn rijkdom van gevoelsleven en de waardigheid van zijn eenvoud.

Het afnemen van libido en potentie wordt door veel ouderen dan waarlijk niet enkel als aftakeling ervaren, maar ook als een weldadige rust na het vroeger vaak zo onstuimige spel van gevoelens. Het leven wordt er makkelijker op. Het hoeft allemaal niet meer zo nodig. De angst van de man om 'niet klaar te komen' valt weg. Het ideaal 'om zo lang mogelijk potent te blijven' kan bijgezet worden in de onechte verzameling van de kunstmatige jong-doenerij met kleding, gedrag en plastische operaties om rimpels weg te nemen en borsten op te hangen.

Ik vind weinig reden om trots te zijn op ouderdom, maar ook weinig reden tot beklag. De oude dag komt met gebreken en het is vervalsing van de feiten om dat weg te moffelen. Als er reden is om je niet te beklagen en ergens trots op te zijn dan is het om je slimme en handige, goed ontwikkelde zelfzorg waarmee je de beperkingen moedig tegemoet treedt en heel lang de baas blijft.

Het beeld dat ik geschetst heb is er een dat vaak voorkomt en min of meer dicht komt bij een ideaalbeeld. Dat wil niet zeggen dat andere beleving minder waard zou zijn of benepen of ongepast frivool. Laat ieder toch de ruimte voor eigen invulling van de grote belevenissen van liefde, seksualiteit en zorg. Anders ontstaat betutteling naar een ander uiterste toe. Jammer dat in dat aardige boek 'Leven met de jaren' de bijdrage over seksualiteit zo eenzijdig is in dit opzicht.

## 2. Een nieuwe partner?

Als je partner gestorven is en je alleen achterblijft, kan het rouwproces wel één of meer jaren duren eer de wond zich sluit. Het lidteken zal en mag er altijd blijven maar het leven gaat verder. Volgens de levensverwachtingstabellen van het CBS heeft een Nederlandse man die 65 jaar oud is geworden, gemiddeld nog 14 jaar voor de boeg en een vrouw van die leeftijd nog 18,5 jaar! Genoeg om nog een flink stuk toekomst te hebben en

niet bij de pakken neer te zitten. Een nieuwe partner? Waarom niet? Het gaat toch op die leeftijd vooral om het wederzijdse zorgpatroon? Maar oh, wat is er nog veel dom vooroordeel, bij ouderen en ook bij de jongeren! Pastor Marinus van den Berg tekende het volgende gebeuren op in een groepje bejaardenverzorgsters. Iemand in de groep vertelde: 'Een half jaar geleden belde mijn 82-jarige moeder op die in een verzorgingshuis woont. Ze is al vele jaren weduwe. Ik merkte dat er wat was en het klonk als het verhaal van een zestienjarige: Ik moet jullie wat vertellen, misschien vinden jullie het wel wat vreemd, maar ik heb iemand leren kennen. Het was even stil. Ik wist niet zo gauw wat ik zeggen moest. Toen zei mijn moeder aan de andere kant van de lijn: Maar we doen geen rare dingen. Daar keken ze toch wel van op in die groep! Er werd gepraat en gelachen.' Er wordt op zulke liefdes argwanend of afwijzend gereageerd. Ook ouderen zelf kunnen hier vaak maar moeilijk mee omgaan. Hier moet nog veel veranderen aan taboes en ook schijnvroomheid en betutteling door jongeren! Voor liefde en betrokkenheid tot een medemens is het nooit te laat! Een vrouw van 82 jaar heeft volgens de statistieken nog een levensverwachting van ruim 5 jaar! Of het nu trouwen wordt of samenwonen of een 'lat-relatie' is ethisch niet erg relevant. Het is beter om het allereerst te beoordelen op bijvoorbeeld erfrecht-aspecten. Als zich vragen voordoen, kan men veel vinden (niet alles) in het boekje 'Nooit te oud voor liefde' door Kerckhoffs (what's in a name!), dat verschenen is in de serie pastorale handreiking bij uitgeverij Voorhoeve te Den Haag.) Als seksualiteit grotendeels zijn betekenis heeft verloren voor oude partners, waarom zouden dan ook twee oudere vrouwen niet veel vaker een partnerschap aangaan? Zij horen immers vaak tot de grote groep van gedwongen alleenwonenden!

## 3. De kinderen

De Amerikaanse psycholoog Maslow heeft in zijn bekende pyramide van menselijke waarden natuurlijk ook liefde een belangrijke plaats gegeven. Daarin heeft hij het geven van liefde hoger gewaardeerd dan het ontvangen. Voor ouderen zit daar een belangrijke aanwijzing in. Het blijkt immers keer op keer dat het vragen om aandacht en liefde, ook van je eigen kinderen, weinig zin heeft. Liefde is niet te koop; ze is niet afdwingbaar en je kunt er ook niet om bedelen. Liefde ontstaat tussen mensen doordat ze geschonken wordt aan elkaar op basis van de

duizendvoudig verschillende prikkels die het geven van liefde uitlokken. Tussen ouders en kinderen bestond meestal een echte liefdesband toen die kinderen nog klein waren en afhankelijk. Maar dat wil niet zeggen dat die band vanzelf intact blijft als kinderen volwassen worden. Integendeel, liefde en haat liggen vlak tegen elkaar als twee kanten van één medaille. Vaak zal dan ook de band tussen ouders en kinderen verkoelen en ze kan ook weer warmer worden. Voorals je ouder wordt is een goede liefdesband met je kinderen van grote emotionele waarde. Die band mag dus best gecultiveerd worden. Dat gebeurt op een heel eenvoudige manier: je kinderen nog alsmaar liefde blijven geven en zoeken naar mogelijkheden om ze goed te doen. Daar hoort bemoeizucht en gelijkhebbertij heel beslist niet bij. Maar van overgroot belang is in de eerste plaats een echte warme eerlijke belangstelling voor ze. Voor hun tegenslagen en successen, voor hun zorgen en hun vakanties. Als ze bij je kunnen en willen komen uitpraten, dan zit het goed. Het ligt dan op onze weg om veel te luisteren en niet te gauw met allerlei adviezen te komen. Ook voor ouders geldt dat ongevraagd advies aan hun kinderen vaak meer bederft dan verenigt. Alleen wanneer kinderen zelf om advies vragen, moet het naar beste weten gegeven worden onder uitdrukkelijk beding dat ze zelf moeten beslissen en je het ook best vindt als ze je advies niet overnemen. Het opdringen van je eigen normen is een zekere methode om van elkaar te vervreemden. Want onze normen van netheid, gezinsopbouw, opvoeding, samenleven, luxe, enzovoorts, zijn vaak zo anders dat ze niet meer passen op een jongere generatie. De Amerikaanse sociaal-psychiater Watzlawick beschrijft het volgende verrukkelijke verhaal. <sup>1</sup>Een vader en moeder kwamen elke paar weken op bezoek bij hun pasgetrouwde dochter. Het ergerde ze mateloos dat het huis een troep was en de aanrecht beladen met een vaat van een week, terwijl het leuke nieuwe autootje bestofd en modderig in de tuin stond. Keer op keer zei de moeder enthousiast en vriendelijk: Zeg Elly, zal ik jou eens gezellig helpen en de vaat eens lekker wassen? en dan zei de vader: en dan zal ik jouw autootje eens een lekkere wasbeurt geven. Maar het jonge stel vond dat stierlijk vervelend want als ze werkelijk prijs op orde en netheid stelden, zouden ze daar zelf wel voor gezorgd hebben. De zorg van de ouders werd elke keer gevoeld als een stil verwijt aan hun levensstijl. Ze hielden best wel van die mensen maar hún vorm van liefde maakte ze stapelgek. Als ze weg waren kwam er heel wat ruzie uit voort en het jonge stel riep het advies van Watzlawick in. <sup>2</sup>Heel eenvoudig! De psychiater raadde aan om het

volgende te zeggen zodra de ouders weer kwamen. Hij: 'Ha pa, fijn dat je er bent. Ik dácht zo, nou, mijn wagentje mag wel weer eens een flinke wasbeurt hebben'. En intussen zij: 'Dag moeder, ga je mee naar de keuken, dan kan je een flinke vaat wassen. Dat doe je toch zo graag. Ik heb wel van een week bewaard!'. Resultaat: beide ouders perplex. 'Nou zeg, maar daarvoor zijn we niet gekomen! Nu goed dan, dan zet ik een lekker kopje thee en gaan we gezellig wat kletsen'. Wat hebben ze gelachen met z'n vieren toen alles werd uitgesproken.

Maar niet overal heb je de beschikking over zulk een originele raadgever als Watzlawick. Als je je kinderen liefde wilt geven is het niet genoeg om echte toewending voor ze te hebben vanuit je hart, maar het is dan ook nodig dat je je eigen normen niet op hen toepast, meer luistert dan over jezelf praat en hen geen hulp opdringt waar ze niet om vragen. Een warme hartelijke liefdevolle relatie tussen ouders en kinderen is voor beide partijen iets heel kostbaars en het is dus volop de moeite waard om daar grote zorg aan te besteden.

#### 4. De kleinkinderen

Met kleinkinderen ligt het weer anders. In deze wereld met zijn talloze prikkels, TV-kinderprogramma's en stripverhalen is de rol van grootouders in vergelijking met vroeger sterk verbleekt. Zij zijn niet meer de vertellers van geheimzinnige sprookjes, van eeuwenoude verhalen en van gebeurtenissen uit hun lang vervlogen jeugd, niet meer de zangers van de honderden kinderliedjes die vele geslachten vóór ons hebben gezongen. Ze horen er minder bij. Maar ouderen hebben wel nog altijd die bijzondere liefde voor hun kleinkinderen, die heel diepe wortels heeft. In hen herken je immers jezelf terug in je prille jeugdijaren. In hun warme vertrouwelijkheid beleef je de vitaliteit van jong leven. Ze lijken in sommige opzichten op je, want ze 'hebben wat van je'. En niet zo weinig ook! Een kwart van de genen, het erfelijke materiaal waaruit al de celkernen van hun lichaam bestaan, is van jou afkomstig! Je leeft in waarachtige zin in hen voort. Ze zijn een stukje onbetwistbare onsterfelijkheid van je eigen persoon. Veel ouderen voelen bewust of onbewust die bindingen met hun kleinkinderen sterk aan.

Maar ze zijn in deze sterk dynamische maatschappij zo ver van ons weggedreven. Bij een groot onderzoek naar mantelzorgers van ouderen met toenemende handicap kwamen we slechts hoogst zelden de hulp van

een kleinkind tegen voor bescheiden taken als boodschappen doen of eens wat schoonmaken in huis of tuin van de grootouders. Jammer. Ouders kunnen daar iets aan proberen te doen als ze met de kleinkinderen in de buurt van grootouders wonen. Ook is er veel verdriet bij grootouders die hun kleinkinderen niet meer (mogen) zien nadat de ouders gescheiden zijn. Het overbruggen van de generatiekloof kan bevorderd worden door geschikte bejaardenhuisjes en flatjes in nieuwbouw- en renovatiewijken te 'sprinkelen' tussen de gewone nieuwbouw. Dat is een advies vanuit de gerontologie. Grootouders en kleinkinderen worden dan tenminste nog buurtbewoners.

## E. DE LAATSTE 'SCHIL': EXISTENTIËLE ZELFZORG

### 1. Een levensdoel

In de ouderdom komt er meer tijd tot nadenken. Het geheugen wordt meestal wel minder, maar de geest kan in menig opzicht rijker en sterker worden dan ooit. Ursula Lehr beschrijft in haar boek 'Psychologie van de ouderdom' de vele onderzoeken die in Bonn verricht zijn. Daar kwam frappant uit tevoorschijn dat oudere mensen dikwijls beter in staat zijn dan jongeren om meer abstract en dieper over de betekenis van hún leven en hét leven in het algemeen na te denken. Daarmee komen we dan ook op het laatste gebied van onze zelfzorg: het willen bezig zijn met diep te overdenken, te ervaren en gevoelsmatig te doorgronden, de zin van ons leven en van alles om ons heen. Die hoogste en meest wezenlijke zelfzorg wordt daarom wel 'existentiële zelfzorg' genoemd (Hildebrand).

Waarom leven wij eigenlijk in die derde levensfase. Heeft dat een doel? Als je met pensioen gaat lijkt het zo duidelijk: vakantie! Een vakantie die alsmat niet ophoudt. Tot de dood toe! Je kan het ook noemen: werkeloos. Je bent uit je baan gezet omdat jongeren aan de beurt zijn. En de toekomst betekent meestal toch een steeds minder kunnen?! Dan is het enige wat erop zit, nog zoveel mogelijk profiteren van de welvaart, zolang je nog kan. Geniet ervan. De wereld is één grote kermis met draaimolens, snoep- en dranktenten en verderop het knallen in de schiettenten, maar daar gaan we niet naar toe. Is dát het dan? Lol, afleiding, reisjes, plezier tot het op is en de aftakeling ons in bed jaagt als een wrak. Alsjeblieft een spuit nu, want lijden hoort er niet bij! Als daarmee heel de zin van onze derde levensfase

gegeven zou zijn, is het toch wel een magere en trieste zaak, vergeleken bij de andere leeftijden. Daar zijn de doelen zo helder als kristal.

In de jeugdjaren, de eerste fase, is het doel de groei en ontplooiing. Leren op de scholen; leren door te spelen; leren door confrontatie met het leven. In de arbeidsfase, de volwassen jaren, de tweede, centrale fase van het mensenbestaan, is het doel ook volstrekt duidelijk. Als we het ontdoen van alle mooie verhullende woorden, gaat het altijd om geld en macht. Massa's geld bij de rijken; geld om van te kunnen leven en rondkomen bij de meesten. Macht in het groot bij politici, industriëlen, magnaten en macht in het klein die uitgeoefend wordt in het huishouden als men in de grote maatschappij machteloos is. Geld en macht hebben de begeerde nasleep van weelde, status, namaak'chique', het yuppi-bestaan van de succes-man en de 'ster'.

En dan onze derde levensfase? Is het dan werkelijk niets méér dan nagenieten? Is het dan niets beters en hogers dan de strijd tegen aftakeling? Hoe redelijk deze doelen op zich ook zijn, het is toch eigenlijk niet veel meer dan 'tweede keuze', vergeleken met de twee voorgaande levensfasen.

Ligt er een rijker perspectief in die 'existentiële zelfzorg'? Daar is veel over gedacht en geschreven. De Franse filosoof Teilhard de Chardin heeft een grote stoot gegeven met zijn nadenken over de verdere ontwikkeling van het mensdom. Is het niet het meest typische kenmerk van de mens dat hij een bewustzijn heeft? Hij kan afstand nemen van de dingen, erover nadenken en hun mogelijkheden ontwikkelen, steeds verder tot er ongelooflijke technologieën ontstaan, waar we nog iedere dag versteld van staan. Maar de mens kan bovendien afstand nemen van zichzelf en zijn eigen bewustzijn bekijken. Net als met de dingen om hem heen kan hij ook zijn eigen bewustzijn verder ontwikkelen! Daar is rust voor nodig en stilte. Dat is veel moeilijker voor hen die beheerst worden door de jacht op geld en macht, of zeg maar gewoon, die in hun volwassen bestaan in beslag genomen worden door hun verplichtingen, taken, werkzaamheden en de daarbij noodzakelijke ontspanning om voort te kunnen.

Voor ons ouderen in de derde levensfase geldt die beklemming niet! Wij hebben de rijkdom van de tijd, om onszelf die kostbaarheden te gunnen, die in onze maatschappij zo zeldzaam zijn geworden: stilte en rust. Stilte en rust om iets mee te doen; om ons bewustzijn kans te bieden om zichzelf te beschouwen. Om de witte plekken in ons bestaan te ontdekken die we nooit eerder hebben ingevuld. Om op te houden met het wegmoffelen van



gedachten en feiten die ons niet aanstaan. Om de conflicten die in ons leven nog bestaan eens opnieuw te bekijken met de milde blik van een grotere menselijke rijping. Om de schoonheid van natuur en kunst eens rustig en intens waar te nemen. Het is bekend dat mensen die vlak voor hun sterven staan, alles om zich heen vaak met een grote gretigheid en intensiteit in zich opnemen. Waarom zouden we dat niet nu al proberen. Er is tijd om te mediteren en tijd zelfs om te bidden. Tijd om te lezen en van een gedicht te genieten en bovenal tijd om ernaar uit te zien wat je nog voor anderen kunt betekenen. Kortom, het doel van de derde levensfase tekent zich af, gevangen in één enkel woord: de voltooiing.

## 2. De voltooiing

De schets van ons 'levens-schilderij' hebben we in onze jeugd opgezet en ze is in forse kleuren krachtig uitgewerkt in ons volwassen bestaan. Het is een klein of een groot schilderij geworden en er kan van alles ontstaan, maar dat doet er nu niet meer toe. Nu gaat het er nog om het af te werken, het te voltooiën door nog witte plekken in te vullen en overbodigheden weg te werken. Menig detail kan verder worden verfijnd en de kleuren kunnen dieper worden. Een kostelijke opgave voor wie er de smaak van te pakken krijgt.

De dieren zitten niet met zulke vragen. Wij hebben er onherroepelijk mee te maken, juist omdat we mens zijn. Als we in onszelf bereid zijn om stilte te kiezen om te kunnen denken en om te proberen voor onze eigen voltooiing te zorgen, zijn we minder dier en meer mens! Dát is trouwens pas echte gezondheid in de volle zin van het woord, en niet alleen maar 'het ontbreken van ziekte'. (Het is zoals mijn vriend Jan Piet Kuiper, hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam het omschreef: 'Gezondheid is het op weg zijn naar de aanvaarding van eigen leven en eigen dood, daarbij groeiend in vermogen om de grenzen van het individuele bestaan in liefde te overschrijden'. Sommigen zullen zeggen: 'elitair verhaaltje', vooral als ze weinig zijn omgegaan met mensen die dichtbij hun sterven stonden.) Maar de vraag is wel redelijk: 'Moet dit nou zo nodig voor iedereen?' Welnee! Laat niemand zich schuldig voelen die er gewoon geen zin in heeft. Jammer dan. Moeten we ophouden met het welvaartsfeest? Mogen we geen 'afleiding' meer? Precies, daar zit het hem in! Afdleiding, amusement, gezellig kletsen, kaartje leggen, borreltje drinken, voor de TV plakken. Als dat het **alleen** maar is, dan worden we afgeleid van de grote

dingen. Maar de keuze hoeft helemaal niet gemaakt te worden, want het verdere leven is geen of/of, maar ook hier weer en/en. En de 'kermis van de welvaart', en de stilte van de voltooiing. Wat kan er bij dat voltooiën zoal onze zorg vragen? Als ik dat overdenk wil ik graag de volgende onderwerpen aan de orde stellen, niet omdat ze de enige zijn, maar omdat ze voor haast iedereen gelden, die zich waarachtig wil verdiepen in de laatste zin en betekenis van vele dingen en vooral van zichzelf:

- een toekomst als oudere,
- verwachting en vervulling,
- welvaart en welzijn,
- emotioneel conflict,
- geloven,
- zorg rond het levenseinde,
- en dan?,
- schokkende gedachten.

## 3. Een toekomst als oudere

Nu het 'oudere'-zijn vaak al met 55 of 60 jaar begint, is de levensverwachting in de derde levensfase gemiddeld een twintigtal jaren! Om de eigen gemiddelde kans op diverse leeftijden te weten, heeft het CBS de volgende tabel gemaakt:

leeftijd	gem. levensverwachting in jaren (in 1985)	
	mannen	vrouwen
50,5	25,9	31,2
65,5	13,7	18,2
80,5	6,2	7,9

Het wil niet zeggen dat je recht op die jaren hebt, maar dat je kans die grootte-orde heeft (voor iedereen die langer leeft dan het gemiddelde gaat een ander eerder dood).

De meeste ouderen hebben dus een zee van tijd voor zich. Een zee van verveling met hier en daar wat 'afleiding' en dan maar wachten op de dood. Dat is het meest bedroevende negatieve toekomstperspectief dat denkbaar is. Zelf kan een mens aan die toekomst een positieve gestalte geven. Er zijn al verscheidene symposia gewijd geweest aan 'de toekomst van het oud worden' en steeds komen daar gelijklopende conclusies uit: maak wat

van die derde levensfase. Blijf niet ronddwalen in het struikgewas van je herinneringen of rondhangen op de kermis van alledaagse verstrooiing. Er is nog zoveel te doen! Boeken te over die informatie geven over allerlei hobbies en activiteiten, zodat we er hier niet verder op behoeven in te gaan. Maar vooral: er is aan ons bestaan nog zoveel te voltooien en daar gaan de volgende bladzijden over.

#### 4. Verwachting en vervulling

Als we onze verwachtingen hoog stellen en we hebben zelf voor een groot deel de mogelijkheden in de hand om ze te vervullen, dan leiden hoge verwachtingen vaak tot grote inzet en krachtsinspanning met mooie resultaten. Voor ouderen ligt dat anders.

Als je verwachting op niets berust, of is aangepaard door een politieke partij, of alleen maar berust op een vaag idee van eindeloze 'vooruitgang', is de kans groot dat de vervulling tegenvalt. Dat maakt mensen ontevreden. Hoe hoger je verwachtingen, hoe meer kans dat de vervulling veel lager uitvalt. Nog groter ontevredenheid dus. Veel beter is het om verwachtingen laag te stellen, dan kan de feitelijke vervulling ook niet tegenvallen. Grote staatslieden als Churchill wisten dat heel goed. In 1940 zei hij tot het Britse volk: 'het enige dat ik te bieden heb is bloed, zweet en tranen'. En wát hebben ze zich ingespannen en veel bereikt.

Menig huwelijk ging kapot omdat de partners er véél te hoge verwachtingen van hadden en door 'rozegeur en maneschijn' niet heengekeken hadden naar het saaië leven van alledag, de tekortkomingen en de tegenslagen. En dan de verwachtingen in onze welvaartstaat van de zestiger en zeventiger jaren! Velen verwachtten jaarlijks een toename van hun loon met een aantal procenten. Dat gebeurde ook en toen verwachtte men jaarlijks toename van die toename! Toen er een bescheiden deuk in de economie kwam, was het niet de feitelijke levensstandaard die echt achteruit ging, maar de hoog opgeschroefde verwachting kwam niet uit. De grootste onvrede kon zo ontstaan bij de grootste welvaart. Als ouderen mogen wij de wijsheid bezitten om er gewoon zelf voor te zorgen dat wij onze verwachtingen niet opschroeven of door anderen te hoog laten opjutten. Het opkloppen van de ouderdom als zulk een enorm leuke en fijne levensfase smeekt eenvoudig om teleurstelling.

Dicht bij het evenwicht tussen verwachting en vervulling ligt dat tussen willen en kunnen. Hoe meer we willen wat we niet (meer) kunnen, hoe

meer we het gevoel van tekortschieten en aftakeling bij onszelf versterken. Dat geeft weer schuldgevoelens die op een of andere manier verwerkt moeten worden. Of het leidt tot depressie waardoor we nog veel minder gaan uitvoeren, zelfs van alles wat we nog best zouden kunnen.

#### 5. Welvaart en welzijn

Zo vaak ontmoet ik eindeloos kankerende ouderen die zich diep ontevreden voelen met alles: met de koffie die duur is, of altijd even slecht als men in een inrichting verblijft; met de hulpverleners waar van alles aan mankeert; met de regering die erop uit is om je te plukken en te villen; met de jeugd die God noch gebod kent, en ga maar door.

Wie in de sociale geschiedenis duikt komt al gauw te weten dat bejaarden nooit en te nimmer in het verleden het over de hele linie zo goed gehad hebben als nu. Om onze AOW te kunnen uitbetalen wordt door het Nederlandse volk heel wat aan zweetdruppels gestort! Onze eigen zorg voor wat meer tevredenheid zal het levensgeluk van veel ouderen kunnen verhogen, hun geloofwaardigheid en redelijkheid vergroten en de relaties met de werkende generatie ten goede komen. De idee die ik vaak tegenkwam: 'Wij ouderen hebben in de zestiger en zeventiger jaren zelf die welvaart gemaakt en nu hebben we recht op de vruchten'. Kom nou! De welvaartsgolf was het meestal die ons gemaakt heeft en van de vruchten profiteerden we vaak al een kwart eeuw!

#### 6. Het emotionele spanningsveld

Het is onfatsoenlijk in onze Westerse samenleving om emoties te hebben. Als een man huilt in gezelschap weet niemand zich een houding te geven en iedereen vindt het afschuwelijk. Als een vrouw bij een uitvaart luide kreten van verdriet zou slaken vinden we dat 'onbeheerst' en zouden we ons geen raad weten. Precies! Emoties horen bij ons 'beheerst' te worden. Je leert dat al van jongs af. 'Beheers je alsjeblieft een beetje zeg. Je moet flink zijn'. Al die onderdrukking heeft vaak geleid tot sterke psychische spanningen en emotionele conflicten die met man en macht onderdrukt moesten worden. Als een epidemie van geestelijke stoornis, werd neurose en neurotisch gedrag een verbreide kwelling in onze westerse samenleving. Hoeveel mensen worden er wel geplaagd door dwangmatig handelen!

Gelukkig breekt het inzicht door dat onderdrukking van emoties en lusten een verkeerde cultuur is geweest. We moeten ze ook niet zonder meer de vrije loop laten, maar aanvaarden dat ze er nu eenmaal zijn, en leren om met ze te 'onderhandelen'. De cultuur-psycholoog Prof. Han Fortmann schrijft in zijn boek 'Heel de mens': 'want verdringen van onze donkere zijde helpt even weinig als iemand te onthoofden omdat hij last van migraine heeft'. Laat je emoties voor een veel groter stuk vrij! Eens 'flink janken' doet een mens goed. Het is als het doorspoelen van je 'psychische toilet'. Lusten kunnen gesublimeerd worden door ze over te hevelen naar andere, meer acceptabele niveaus van lustbevrediging. Fortmann's raad om je leven ook vanuit diepere lagen gestalte te geven is een prachtige zelfzorg-opgave die veel mensen geholpen heeft.

### 7. Geloven

Geloven doet iedereen! De één gelooft in zichzelf, de ander in een ideologie, een derde gelooft in de toekomst en ga zo maar door. Maar hier wil ik het hebben over 'Het Geloven': verrijzenis uit de dood, eeuwig persoonlijk bestaan, God.

Afgemeten aan het zogenaamde kerkelijke leven, is in Nederland deze gelovigheid sterk afgenomen. Toen de wetenschappen steeds meer onthulden over ons leven, onze wereld, het heelal, zag het ernaar uit dat de kerken ons zoetgehouden hadden met sprookjes over schepping, hemel, hel, eeuwigheid en tenslotte God. Met verbijstering nemen we voortdurend kennis van de macht van de mens over de natuur. Geheim na geheim wordt ontsluitend. Van chemische verbinding naar molecuul, naar atoom, naar proton, elektron, charm, het oneindig kleine. En ook van onze aarde, de planeten, ons zonnestelsel, de melkweg, miljarden melkwegen, ontstaan en vergaan van sterren, de 'big bang', de oneindigheid van het heelal. En nergens is God te vinden! Is hij werkelijk dood? Het verstand staat stil. Maar het hart is niet onder de indruk! Dat vraagt om andere oneindigheden. Het kent goedheid en liefde met al zijn aardse beperking en het hunkert naar hun uitersten, oneindige goedheid, oneindige liefde. We kennen onrechtvaardigheid, openlijk en geheim en we hopen vanuit een oer-instinct op uiteindelijke gerechtigheid die ooit al het goede zal lonen en al het kwade bestraffen. We kennen maar al te goed de grens van de dood, maar hopen en verlangen dat over die grens een onvoorstelbaar maar beloofd land moet liggen.

Niemand weet dat het er is, maar er is ook niemand die weet dat het er niet is. Hier begint de wereld van geloven die besloten ligt in het mensenhart. Geloven is er in de wereld overal en in alle tijden geweest:

- als verklaring van de verschijnselen in de natuur, die zich aandienen als geheimen,
- als zingeving aan leven en sterven van de mens,
- als pakket van gedragsnormen,
- maar bovenal om uiteindelijk voor een onmetelijke Grootheid voor altijd vol eerbied ons hoofd te mogen buigen in dankbare verrukte aanbidding.

Daar is vreselijk mee geprutst. We hebben bij dat geloven ons veel te lang met kletspraat tevreden gesteld. Het begrip eeuwigheid hebben we ons steeds voorgesteld als een alsmaar langer durende tijd. Het begrip 'hemel' gaven we een plaats en wel 'boven', maar dat klopt helemaal niet met het beeld van een oneindige en onveranderlijke Godheid. Het gaat om totaal andere categorieën dan die wij kennen van deze wereld. God is slechts denkbaar als we onze begrippen 'tijd' en 'ruimte' laten varen. Er is in het begrip eeuwigheid geen 'nu' en 'straks'. En omdat er geen nu en straks bestaat, kan er ook geen verandering bestaan, want veranderen betekent dat het nu 'zus' is en straks 'zo'. Als er geen begrip 'ruimte' bestaat, is er ook geen hier of daar.

Omdat het geheel buiten ons voorstellingsvermogen ligt, kunnen wij ons een persoonlijk bestaan na de dood in die totaal andere bestaanswijze in God ook helemaal niet indenken. Voor wie erin geloven kan, gaat het om zo ondoorgrondelijk geheimenis dat geloven alleen maar kan zijn, een zich nederig buigen voor de Onuitspreekbare. Christus' Openbaring, als een brug tussen die twee werelden, moest verwoord worden in de woorden en beelden van mensen. Van toen, en voorzichtig en eerbiedig vertaald, naar mensen van nu.

In alle religies is rond het centrale gegeven een grotere of kleinere hoeveelheid gedragsregels geweven die helderheid moeten scheppen over 'goed en kwaad'. Vaak zijn zulke regels misbruikt om macht te krijgen over de medemens door tijdelijke en plaatsgebonden wetten te verkondigen als eeuwige en universele wetten en ze vervolgens in eindeloze casuïstiek te gaan uitsplitsen tot er een dicht woud van pietluttige geboden en verboden overbleef. Het zicht op geloven werd dan behoorlijk verduisterd!

Te kunnen geloven is een groot geschenk van barmhartigheid. Ik heb als arts vroeger honderden malen een sterfbed meegemaakt. Het waren de oude diepgelovige mensen die met een vaak ontroerend gemak hun leven als het ware 'uit handen' gaven. Religie, men kan het natuurlijk verachtelijk wegslijten als een versleten vod uit een verleden tijd. Men kan ervoor vluchten zoals velen vluchtten in de gedachte aan sterven en dood: 'Toe zeg, weet je niks gezelligers om over te praten?'. Maar iemand die waarachtige zorg heeft voor de voltooiing van zijn bestaan denkt aan meer dingen dan aan doperwtjes, schoonmaakmiddelen en bridge-kaarten.

### 8. Zelfzorg rond het levenseinde

Daar denk je dan óók over na! Is het niet tekenend voor onze materialistische tijd, dat die zorg zich meestal uitsluitend beperkt tot het sluiten van een uitvaartverzekering en bij aanwezigheid van goederen, de erfrechtelijke regeling daarvan door middel van testament en codicils. Dat is allemaal heel nuttig, maar er zijn toch wel belangrijker dingen om ook tijdig bij stil te staan en voor te zorgen. Vroeger had men er meer begrip voor dat oude mensen geleerd hadden om te sterven. Ze hadden stap voor stap al heel veel ingeleverd. Een volwassene is immers al 'gestorven' aan zijn kinderjaren. Zijn jeugd met zijn speelsheid, onschuld, vanzelfsprekendheid en luchtkastelen is dood. Een lege plek vol weemoed blijft in je leven achter. Dat beetje bij beetje afsterven, inleveren van stukken van je bestaan, gaat het hele leven door. Een vrouw rond 50 jaar sterft aan haar vruchtbaarheid, onze schoonheid en kracht van lichaamsbouw, gezicht, gave huid wordt beetje bij beetje ingeleverd. Wie met 60 of 65 jaar met pensioen wordt gestuurd, sterft aan zijn baan!

Zo verliezen we stap voor stap een stuk van ons leven, ook als kinderen van ons heengaan door de dood, maar ook een beetje door vertrek uit huis en zeker als ze zich van je afwenden. In de hogere ouderdom lever je stukje bij beetje nog veel meer in: je gezichtsvermogen en gehoor kan minderen, je beweeglijkheid, je geheugen, je verstand. Het sterven is niet méér dan het laatste wat dan nog ingeleverd kan worden: de rest van je leven. Een schrale troost misschien maar bij nader inzien toch niet gering, want je bent oud mogen worden. Ik heb in mijn hele leven maar twee patiënten op een verschrikkelijke manier zien sterven. Allebei waren het mannen in het begin van hun vijftiger jaren die elk net de top hadden bereikt. De een was als jongmaatje begonnen en hij had net de lange klim voltooid naar de post

van directeur van zijn firma. De andere precies zo, toen ze beiden door kanker werden geveld.

Maar als oude mensen sterven hebben ze vaak de troost van de afronding van hun leven. Het is goed zo! Haast steeds zie ik rust komen en zich erbij neerleggen. Een mens is er 'klaar' voor. Waarom hier schrijven over zo'n 'akelig' onderwerp? Omdat de dood niet langer meer taboe is en het dus kan zonder te schokken. Maar vooral omdat de stervenservaringen bespreekbaar en beschrijfbaar zijn geworden en grote troost en informatie kunnen geven. Prachtig vind ik Cri Stellweg's stervensverhaal 'Deze aarde verlaten' van uitgeverij Ambo uit 1975; of het ontroerende boekje dat Anne Philipe schreef over het sterven van haar man 'Niet meer dan een ademtocht' van uitgeverij Bruna uit 1971; of Renate Rubinstein's 'Nee heb je' over haar chronische dodelijke ziekte, uitgeverij Meulenhoff, 1985. Er zijn er nog veel meer te noemen. Wie bij dit alles tijdig stilstaat, wordt door het sterven van een dierbare of bij de mededeling van eigen aanstaande dood niet onverwacht getroffen als door een bliksem.

Bij een sterven zijn méér mensen betrokken dan alleen de stervende. De achterblijvenden krijgen een rouwproces te verwerken. Moet het dan niet een echt geweldig punt van zorg zijn voor ons allen om die laatste fase samen zo door te maken dat zowel stervende als later de rouwendenden daar veel steun uit ontvangen? We weten nu uit ervaring dat, als het enigszins kan, het sterven thuis in de vertrouwde omgeving, grote voorkeur verdient. Een paar citaten uit het boekje van Cri Stellweg: 'Bij jullie zitten! Aangekleed en wel. Al is het maar een half uurtje iedere dag.' 'Ik wil jullie dicht bij me hebben. Ik ben teveel alleen geweest. Wou alleen zijn.' En dan de echtgenote die weer haar draai krijgt als haar man thuis is en ze wat doen kan. Ze komt haar dagen door met nog een beetje voor hem te zorgen! Zorgen, dat heerlijke zorgen dat als een melodie van de liefde is tussen twee mensen die van elkaar houden.

Als de dood nadert verdiepen zich vaak de belevenissen. De herinneringen lichten op als kristal. De vreugde om de doodgewone dingen als een boterham, een bloem, het morgenlicht. Het is bij het verlaten dat we de verbijsterende schoonheid van deze aarde soms het diepst ervaren. Bezig blijven; erbij blijven, zolang het maar enigszins kan, dat is voor veel stervenden een goede weg. Ik hoop dat veel mensen het de Vlaamse schrijver Felix Timmermans mogen nazeggen:

'Ik ben de steenen pijp  
die elk uur breken kan  
en elken dag voor U  
een nieuwe zeepbel blaast'.

### 9. En dan?

'Het is gebeurd; ze is dood. Morsdood! Nee, denk ik! Niet voor de dode zelf en niet voor de nabestaanden. Er is nog het lijk. Dat moet toch 'opgeruimd' worden? Verbrand of begraven. Maar is het daarmee uit? Is het lijk een nutteloos restant? Het is toch het allermeest persoonlijke dat van deze levende voor ons is overgebleven! Als het totaal verdwenen is, door crematie en uitstrooiing in zee, heeft mijn verdriet geen ankerplaats meer. Ik kan haar nergens meer vinden en overal waar ik zoek vind ik haar leegte.

Een moeder bewaart de haarlok van haar kleuter. Het eerste schoentje wordt in brons vereeuwigd. Maar het lichaam dat zolang en zo dicht bij mij is geweest, heb ik laten 'weggooien'.

Met die dood is het niet opgehouden. De herinneringen vullen mijn hoofd. Haar en mijn kinderen gaan dezelfde wegen. Haar dingen zijn mij dierbaar. Haar graf bezoek ik om er te mijmeren en om te bidden en om voor haar nog een beetje te zorgen als ik de bladeren wegveeg en de begonia's plant langs de rand.'

Een urn of een graf kan een kostbaarheid zijn om de rouw te kunnen verwerken. Eeuw na eeuw hebben mensen hun tekens geplaatst op de graven van hen die ze liefhadden of die bewonderd werden. De dode houdt zijn eigen plekje op deze aarde. Wij betwisten het hem niet omdat we op die grond een koe willen laten lopen, of er zo nodig nog meer maïs op verbouwen of er nog een weg of een pretpark bij willen maken. Urnen en graven in eindeloze variatie tussen oud geboomte zijn het grote verhaal van vroeger. Niet het afstandelijke boekje, maar de echte ontmoeting. Hier vindt een mens de zeldzaamste waarden die in deze drukte haast verdwenen zijn: rust, stilte, afstand tot je eigen bestaan nemen, nadenken, relativiseren. Hier zijn de vogels naartoe gevlucht en groeien nog zeldzame planten. Hier wacht de verwondering om elke hoek. De stèles en zerken van vroeger dragen de geheimtaal van de symbolen die wij vergeten zijn: getuigen van geloof, van verwachting, hoop, berusting, lijden, moed,

dankbaarheid, die woordeloos ruimte laten voor de bloei van ons gemoed zonder het te beknellen in teksten.

Toen de dood nog taboe was, werd het kerkhof veracht. De kortzichtigheid van bestuurders legde er het dictaat van de geestdodende uniformiteit overheen. Om urnen te plaatsen was er niet meer geld dan voor een fietsenhok.

De laatste tijd gaat men de zorg rond het einde weer in zijn waarde herkennen. In de kranten en tijdschriften zijn dood, rouw, urn en graf weer teruggekomen in de aandacht. Er moet heel wat hersteld worden, want van een gave troostrijke cultuur rond dood en rustplaats is veel teloor gegaan. In 1986 is in het leven geroepen 'de Terebinth, Stichting tot herstel van zorg rond dood en rustplaats', adres: Postbus 1218, 9701 BE Groningen. Als je als oudere een uitvaart hebt bijgewoond, denk je weleens bij jezelf: 'hoe zou ik willen dat het met mij gebeurt?'. Je kan dan informatie inwinnen bij uitvaartverzekering of een uitvaartcentrum. Er wordt naar het oordeel van de mensen die daar jaren werken, tegenwoordig weer veel makkelijker en vrijer over gepraat. Er zijn tal van mogelijkheden. 'Het kan mij geen bliksem schelen wat ze met me doen nadat ik ben uitgestapt', hoor je weleens zeggen. Maar is het niet de moeite waard om ook eens na te gaan hoe je latere nabestaanden erover denken! Het is straks **hun** rouw! Welke vrijheid van keuze biedt uw verzekering? Wilt u begrafenissen of crematie. Moet in dat laatste geval de as worden uitgestrooid of liever in een urn in een colombarium geplaatst. Hoe denken partner en/of kinderen daarover. Is er een adreslijst voor het toesturen van rouwcircularissen? Aan wie moet er kennis worden gegeven van het overlijden? Moeten er advertenties geplaatst worden? Aan wie moet de zorg voor de uitvaart worden toevertrouwd? Wel of geen kerkdienst? Door wie bij voorkeur?, enzovoorts. Daar kan je toch maar niet ineens zonder meer je nabestaanden mee opzadelen! Als die worden overvallen door de dood van een dierbaar naast familielid is het vreselijk moeilijk voor ze.

Wie graag echt orde wil stellen op deze zaken, doet er verstandig aan om, behalve het maken van een testament en eventuele codicils aangaande het bezit, ook iemand aan te wijzen die de zorg voor de uitvaart op zich zal nemen (per handgeschreven codicil) en voorts zelf de verlangde gang van zaken vast te leggen in een wilsbeschikking. Die kan bij een notaris gedeponereerd worden. Alle stukken moeten in één map bij elkaar gehouden worden. Er zijn verzekeringen waarbij men een formulier voor

zulk een wilsbeschikking kan krijgen (bijvoorbeeld 'de Facultatieve', Postbus 80532, Den Haag), en waar die na invulling geregistreerd kan worden.

### 10. Schokkende gedachten

In de filosofie zijn heel de twintigste eeuw krachtige stromingen ontstaan die zich beziggehouden hebben met de diepste betekenissen van het zorgen; van zelfzorg, van zorg voor de ander. We mogen daar aan het slot van dit hoofdstuk niet aan voorbijgaan. Zorg is geen vrijblijvend bezigzijn in de marge van het bestaan, maar vormt er de kern van. Het is vooral de fenomenoloog Heidegger geweest, die al in de twintiger jaren van deze eeuw met zijn standaardwerk 'Sein und Zeit' grote diepte heeft bereikt in de vragen van de zelfzorg. Hij ontwaart bij zijn analyse allerlei vormen van zijn. In de eerste plaats wordt het zijn gekenmerkt door het in-de-wereld-zijn. De mens is 'in de wereld geworpen', hetgeen betekent dat hij, met zijn specifieke erfelijke en sociale gegevens, moet leven in de wereld zoals hij die aantreft. Of ze hem past wordt hem niet gevraagd. Hij moet erin leven, of hij wil of niet. Erg belangrijk is, dat het zijn-in-de-wereld een voortdurend kunnen zijn is, oftewel nog niet zijn wat de mens later wel kan worden. Dat kunnen zijn is dus niets anders dan de mogelijkheid (en opgave, zorgvolle opgave) tot realisatie van zijn eigen unieke menselijke ontwerp.

Zo is, door het kunnen zijn, de zorg tot verwerkelijking wezenselement van het zijn zelf geworden. Echt mens zijn is niet mogelijk zonder deze bekommerning, impliciet of expliciet doorleefd, waarmee de mens geconfronteerd wordt als opgave. Het kunnen zijn is dus op zich zorg. Deze is geen automatisme, geen gedetermineerd proces zoals het kunnen zijn van een eikel, die alleen maar een eik kan worden of vergaan.

Deze bekommerningen van de mens die zich omzet in handelen, op het eigenlijke niveau van zijn mens-zijn, is de uitvoering van het zelfontwerp van de mens. Bij Heidegger vallen menselijk bestaan en zorg dus samen. Het woord zelfzorg vindt Heidegger dan ook 'dubbelop'. Het woord zorg omvat in zijn filosofie het totaal: verleden, heden en toekomst van het in-de-wereld-zijn. Heideggers analyse van de zorg voor persoonlijke ont-plooiing van een mens belicht echter bijna uitsluitend de individuele mens. Maar de mens is een sociaal wezen. Hij voltrekt zijn eigen menswording met en door de andere mens.

In recentere filosofische stromingen komt de betekenis van 'de ander' sterk naar voren. Habermas vindt zelfzorg in laatste instantie niet alleen zorg voor zelf-bestemming, maar ook zorg voor 'mee-bestemmen'. Dat houdt een deelhebben in aan de mogelijkheden van de gemeenschap en aan haar besluitvorming. De zorg van de mens is daarmee noodzakelijkerwijs ook gericht op het welzijn van de ander.

Ook de oudere moet zorgen dat hij meedoet en meebeslissen kan over de zaken van maatschappij en algemeen belang, en niet enkel zijn eigen gescheiden deeltje daarvan. Wij moeten ons daarin niet laten ontmoedigen met dooddoeners als 'Bemoei je er niet meer mee', of 'Laat het nou eens aan anderen (jongeren) over', of 'Pas op jezelf! Je maakt je te druk'. Dat zijn benaderingen die ertoe bijdragen om de ouderen in de apartheid te drijven; hen verantwoordelijkheid af te nemen en ze tenslotte tot een probleem te verklaren. 'Het Bejaarden Probleem'.

Veel verder nog gaat de befaamde Franse filosoof Emanuel Levinas, hoogleraar in de filosofie aan de Sorbonne te Parijs en eredoctor van de Rijksuniversiteit te Leiden. 'Nooit van gehoord' zegt menigeen, terwijl iedereen de gekke-bekkentrekker André van Duin kent, Kijk! Dan is het evenwicht tussen 'kermis' en 'humaniteit' toch een aardig eind zoek! Niemand hoeft zo nodig de werken van Levinas te bestuderen. Ik vind ze razend moeilijk en moet zijn teksten drie keer overlezen voor ze te begrijpen. Maar zijn boodschap zou wel in ieders oren moeten klinken! Hij ziet de ander als 'ik'. Je vervangt als het ware de ander door je eigen zelf! In hem of haar herken je je eigen zorgen, lusten, spanningen, teleurstellingen en vreugden. In het gezicht van de ander spiegelen zich de trekken van je eigen kwetsbaarheid. Vanuit zulk een waarachtige 'vervanging', substitutie, van de ander door mijzelf kom ik tot de meest fundamentele menselijke relatie en tot het diepste begrip van het bestaan van de ander. En alles begrijpen betekent alles vergeven! Zo kan Levinas als jood, zelfs een menselijke brug slaan naar een moordende SS-er in een concentratiekamp!

In deze diepten van denken bereikt het begrip zelfzorg zijn uiterste grenzen. Het wordt helder dat het niet gaat om een egoïstisch bezigzijn met jezelf, maar om een grootse opgave om in alles meer mens te worden, dus ook meer medemens. Zonder het volgende hoofdstuk over mantelzorg zou dit boek dan ook hinken op één been. Want gave zelfzorg sluit in, dat men intens met anderen communiceert en zorg uitwisselt. Een sterk en

fijn spinsel van 'zorgdraden' tussen mensen die bij elkaar horen: mantelzorg.

## 4. MANTELZORG

### 1. HET SIMPELE ZORGEN

'Greetje doe je mantel aan', roept moeder, 'het is veel te koud'. Letterlijke 'mantel'zorg! Een kleinigheid die tien seconden kost. Kan Greetje er niet zelf op letten, want ze is al 14 jaar? Jawel, maar ze vergat het, en dat terwijl ze met haar astmatische aanleg zo vatbaar is voor kouvatten en bronchitis met wekenlange nasleep van thuis ziek liggen. Een typisch voorbeeld. De zorg van de moeder was in tijd en inspanning maar een kleinigheid, maar voor de dochter had dat kleine zorgje overgrote betekenis. Zo is het vaak met mantelzorg.

In een gewone huishoud-situatie van twee of meer mensen kan je het functioneren van mantelzorg het beste bekijken. Allereerst is er de werkverdeling, waarbij ieder lid een deel van de zorg vanzelfsprekend uitvoert. Men zorgt voor elkaar en zichzelf in een meestal evenwichtig weefsel van kleine taken: boodschappen doen, eten koken, schoonhouden, kinderen aan- en uitkleden, de was doen, maar ook aanspraak, informatie, gezelligheid, comfort, veiligheid, sociale controle en ga maar door. Dat alles is in het dagelijks leven zó vanzelfsprekend dat er geen aandacht aan wordt besteed. Dat gebeurt pas wanneer mantelzorg zwaarder wordt belast, zoals bij de zorg voor kleine kinderen, bij ziekte en invaliditeit en bij vermindering van zelfzorgvermogen bij ouderen. Vanaf het begin van de zeventiger jaren ben ik deze mantelzorg gaan bestuderen. Er is een zee van informatie ontstaan. Daarbij is één van de hoofdzaken dat mantelzorg voor het zo lang mogelijk intact blijven van de zelfredzaamheid op oudere leeftijd van het grootste belang blijkt te zijn. Daarom wijden we er dit hele hoofdstuk aan.

## 2. WAT IS MANTELZORG PRECIËS

Het gaat altijd om zorg die mensen aan elkaar geven. Het is steeds zorgen voor een ander of door een ander. Van zelfzorg is ze dus duidelijk te onderscheiden. Het is ook geen zorg die iemand verleent op grond van zijn beroep en dus tegen betaling. Dat is professionele of beroepszorg.

In mantelzorg zit het element van vrijwilligheid. Is vrijwilligerswerk dan mantelzorg? Nee, want dan draaien we de zaak om. Alle werk dat vrijwillig gebeurt is daarom nog geen mantelzorg. Partners zorgen vanzelfsprekend en wederzijds voor elkaar als ze samenwonen. Maar daarmee zijn ze niet elkaars vrijwilligers! Geen echtgenote zal ooit zeggen: ik zit in het vrijwilligerswerk, want ik zorg voor mijn man. Zo komt er bij het bestuderen van zorg onder allerlei omstandigheden in de werkelijkheid, langzamerhand een heel nauwkeurige omschrijving uit van wat nu wel en wat niet verstaan moet worden onder mantelzorg. De definitie luidt dan: 'Mantelzorg is alle zorg die genoten in een klein sociaal netwerk aan elkaar geven op basis van vanzelfsprekendheid en bereidheid tot wederkerigheid'.

Ik heb graag dat men niet lichtvaardig of slordig met zo'n definitie omgaat. Ze is een vrucht van jarenlang onderzoek en niet zo maar eens eventjes opgeschreven. Houd je de definitie niet streng vast, dan ontstaat allerlei vaagheid en begripsverwarring. Laten we elk element van de definitie nu eens verder invullen. Allereerst dan dus de vraag wat 'alle zorg' inhoudt.

## 3. WAT KAN MANTELZORG ALLEMAAL

De verdeling van huishoudelijk werk over meerdere personen betekent natuurlijk een verlichting van de zelfzorg, omdat veel taken efficiënter kunnen worden volbracht (zoals bijvoorbeeld boodschappen doen, eten koken). Dat mantelzorg daarnaast een **corrigerende** en **stabiliserende** invloed kan uitoefenen hebben we al gezien bij Greetje en haar mantel. Bovendien is een **dagorde** veel makkelijker te handhaven, want een aantal dingen pleegt men gezamenlijk te doen en daar moeten dus afspraken of gewoontes over bestaan. Verder is het duidelijk dat mantelzorg de **zelfzorg aanvult** wanneer die nog tekortschiet, zoals bij een kleuter die nog met aankleden en eten geholpen moet worden, of wanneer zelfzorg is afgenomen, zoals bijvoorbeeld bij een handicap het geval kan zijn.

Opvallend is dat dikwijls met een kleine hoeveelheid mantelzorg belangrijke resultaten kunnen worden verkregen. Alleen maar de hulp bij opstaan, aan- en uitkleden kan betekenen dat een huisgenoot met een handicap zelfredzaam en dus thuis kan blijven.

Maar dit waren 'alleen maar' materiële aspecten van mantelzorg. Hoe belangrijk die ook zijn, ze vormen toch maar een deel van het hele zorgveld. Dikwijls zijn de emotionele en andere **psychische kanten** van mantelzorg nog veel belangrijker. Want allereerst temidden van zijn genoten, zijn 'dierbaren', beleeft een mens zich als sociaal wezen. Dat geldt in het bijzonder voor ouderen als ze niet meer in het maatschappelijke arbeidsproces zijn opgenomen. Met hen wordt intimiteit en betrokkenheid op elkaar beleefd. Hier is het 'nest' waar je geborgenheid en begrip kunt vinden. Hier kunnen de gevoelens het best geuit worden; gevoelens van frustratie, woede, of teleurstelling die een mens kwijt moet aan een ander. Of gevoelens van blijdschap en enthousiasme die naar buiten moeten; die gedeeld moeten worden met een ander. Hier kan ook verdriet stil en woordeloos met elkaar gedragen worden. Hier hoopt een mens bevestiging te vinden; liefde te geven en te ontvangen; aandacht te geven en te krijgen. Dat alles is een utopie als de genoten niet, zo goed ze maar kunnen, hun aandeel in de mantelzorg bijdragen. Hoeveel wil en kan men van elkaar verdragen? Hoeveel consideratie heeft men met elkaar? Alleen als mensen functioneren op een voldoende niveau van bewustzijn en maar niet reageren zoals beesten op elkaar kunnen en mogen doen, gaat het goed met mantelzorg. Ze is dan een onschatbare bijdrage aan het menselijke welzijn.

Geen wonder dat in de 'Nota 2000' die in 1986 door het Ministerie van WVC is uitgebracht, geschreven staat: 'Gezondheid in een zeer brede zin van het woord, wordt positief beïnvloed door gezinsrelaties en andere primaire relaties, waarbij men kan denken aan een goede verzorging (regelmatig en gezond eten, lichaamshygiëne, hulp en verzorging bij ziekte) als aan psychische behoeften (gezelligheid, aanspraak, troost, advies, opvang van stress, bevestiging) waarin in gezinsverband beter zou worden beantwoord'.

Zodra bij een huisgenoot vermindering van functioneren ernstiger vormen gaat aannemen, en vooral wanneer de zelfzorg van iemands algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) gestoord raakt, kan de gewone mantelzorg onder zware druk komen te staan. Omdat ouderen vaker een chronische ziekte of handicap hebben dan de jongere mensen in de



samenleving, staat juist bij veel oudere mensen de mantelzorg onder zware druk. Verzorg maar eens dag na dag en nacht na nacht, 365 dagen per jaar, je demente man! Of een man zijn invalide vrouw in haar rolstoel. Mantelzorg is heel mooi, maar het heeft zijn grenzen! Zoals alles. Wat kan nog wel en wat kan beslist niet meer? Hoe moet het dan verder? Dat is een hoofdstuk apart dat hierna volgt. Nu wil ik eerst alle aandacht richten op de redelijk normale, gewone mantelzorg van ouderen.

#### 4. DE GENOTEN

Dat zijn natuurlijk allereerst echt-genoten en/of huis-genoten. Ouders, kinderen, partners, mensen die het dagelijkse leven delen rond één tafel of ook in één bed. Dat is het meest functionele en bestendigste netwerk van op elkaar betrokken mensen. Het wordt dan ook het primaire netwerk genoemd. Dat primaire mantelzorgnetwerk van huisgenoten die samenleven en samenwonen is eeuwenlang ijzersterk geweest. Het brokkelt in onze jaren wat af. Het gemiddeld aantal kinderen per paar is kleiner geworden. Er zijn veel meer scheidingen. Het aantal alleenwonenden is sterk toegenomen. Sommigen roepen dan ook: 'Mantelzorg? Schei toch uit! Dat is toch uit de tijd! Dat kan helemaal niet meer'. Dan antwoord ik: 'Bij de borrel kun je zo'n mening verkondigen, maar als we de zaak serieus willen bekijken moeten we om te beginnen de leeftijdsgroepen onderscheiden'. Of de huidige jeugd over dertig jaar nog veel mantelzorg zal hebben, laat ik hier voorlopig buiten beschouwing, want we hebben het in dit boek over de ouderen van nu. Laten we wat ons betreft eens naar de officiële statistieken kijken. Ik neem de tellingen per 1 januari 1986. Er leefden in Nederland 1.004.584 mensen in de leeftijd van 65 tot 75 jaar. Daarvan waren er bijna 651.933 gehuwd levenden. De ongehuwde samenlevers en woners komen daar nog bij. Bij de ouderen boven 75 jaar zijn veel van die huishoudens eenpersoons geworden door het overlijden van een partner. Op 1 januari 1986 waren er in Nederland 725.162 mensen boven 75 jaar. Daarvan waren er nog altijd 265.998 gehuwd levend! Met de ongehuwd samenwonenden mee, kom je dus op een grootte-orde van de helft uit! Dat het aantal samenwonende ouderen zonder huwelijk geen gering aantal is blijkt uit het onderzoek van de leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 1982. Van de mannen tussen 75 en 80 jaar leeft 82 % in meerpersoons-huishoudens en boven de 80 jaar nog 74 %. Voor

vrouwen liggen die percentages veel lager, respectievelijk 47 % en 36 %. Waar zoveel ouderen kunnen steunen op het geven en ontvangen van mantelzorg door een partner is het dus echt wel de moeite waard om er dit hoofdstuk aan te besteden. Dat geldt nog temeer omdat een mens meer genoten heeft dan alleen zijn huisgenoten. Er is dus ook een minder 'dichtbij' netwerk, dat we een 'secundair sociaal netwerk' noemen. Daarin vinden we meestal vroegere huisgenoten, met name de nu volwassen kinderen, buurtgenoten en vrienden. De alleenwonenden zijn voor hun zelfredzaamheid aangewezen, naast meer zelfzorg, op de mantelzorg vanuit hun secundaire netwerk. Dat is dan niet zelden extra goed ontwikkeld.

Bij goede zelfzorg, aangevuld met mantelzorg, is het voor de meeste ouderen mogelijk om heel lang zelfredzaam te blijven en daardoor het 'eigen nest' te kunnen blijven behouden, vaak tot diep in de tachtig of zelfs in de negentig jaren.

#### 5. NETWERKEN

Alle mensen met wie iemand persoonlijke relaties onderhoudt die wederzijdse zorg voor elkaar (kunnen) inhouden, behoren tot iemands 'sociale netwerk', zoals we dat hier bij mantelzorg bezigen. Omdat ouderen voor hun mantelzorg in eerste instantie op hun sociale netwerk zijn aangewezen, moeten we aan die netwerken aandacht besteden.

##### Hoe sterk zijn mantelzorg-netwerken?

Het 'primaire netwerk' pleegt zó sterk te zijn dat het levenslang meegaat, want de relaties die de leden van zo'n netwerk met elkaar verbinden, bestaan meestal uit meerdere banden. Echtgenoten (en partners) zijn veelal verbonden door banden van liefde voor elkaar. Daarbij komen seksuele banden en het hebben van gezamenlijke kinderen. Tussen ouders en kinderen bestaan banden van bloedverwantschap, afhankelijkheid en wederzijdse verplichtingen. Men woont samen onder één dak en deelt met elkaar het dagelijks leven. Dat is niet geheel vrijblijvend. Er zijn ook juridische banden. Tenslotte is er nog de verbondenheid aan elkaars levenslot. Als één lid werkloos wordt, ziek of invalide, heeft dat meestal grote gevolgen voor de andere leden van het netwerk. Ondanks al de

wederwaardigheden van het bestaan, houden zulke netwerken in het merendeel van de gevallen het tientallen jaren uit!

Netwerk-leden kun je 'gekregen' hebben of gekozen. Een kind 'krijgt' zijn ouders en heeft ze niet kunnen kiezen. Ook de ouders krijgen het kind en moeten maar afwachten of ermee te leven is. Partners kiezen elkaar en met vrienden is dat net zo, maar burens nemen een tussenpositie in. Het is een vrij toevallige groep mensen die bij elkaar in de buurt woont, maar op grond van keuze gaan mensen meestal slechts met een deel van de burens geregeld om.

### Hoe groot zijn die netwerken?

De primaire netwerken zijn heel wat kleiner geworden dan vroeger. Het aantal kinderen per gezin is veel kleiner geworden. Door het grote aantal echtscheidingen is er eveneens een tendens tot kleinere primaire netwerken. Daar komt nog bij dat er een veel grotere mobiliteit in onze maatschappij is ontstaan. Kinderen blijven niet in hun geboortedorp of stadsbuurt, maar vinden banen in het hele land of daarbuiten. Als ouders oud zijn, worden ze nog maar zelden 'omstuw'd' door hun volwassen kinderen en de kleinkinderen die bij ze in de buurt wonen.

De primaire netwerken zijn voor een groot deel 'gegeven'. Je had drie kinderen en daar blijft het nu al bijna 40 jaar bij. Ze zijn definitief. Maar de secundaire netwerken zijn wél rekbaar! Oude vrienden krijg je niet meer bij, maar nieuwe kan je elke dag maken. Met je burens kan je alle contact ontwijken of omgekeerd met velen een goede relatie aanknopen. De omvang van het secundaire netwerk heeft een mens zelf in de hand; ook op hogere leeftijd kan men zijn sociale netwerk nog heel goed uitbreiden. Ik heb daar verbazingwekkende voorbeelden van gezien.

Maar kan men dan niet een nieuw primair netwerk scheppen? Natuurlijk! Wanneer een man of vrouw na partnerverlies alleen overblijft, wordt in heel wat gevallen een nieuwe relatie aangegaan die tot samenwonen leidt. Is die nu te vergelijken met het oorspronkelijke sociale netwerk? Meestal is het aantal banden in zulke relaties kleiner. Al is de onderlinge liefde ook nog zo groot, ze is niet meer in staat om tezamen nieuw leven te scheppen, en de band tussen partners via hun gezamenlijke kinderen is heel sterk. Vaak hebben beide nieuwe partners ieder hun eigen inkomen. Men is in dit opzicht dus onafhankelijk van elkaar. Het is overigens gebleken dat het

gaan samenwonen op louter economische motieven vaak misloopt. De relatie is dan niet sterk genoeg om tegenslag van een der partners te kunnen dragen. Men is gaan samenwonen met het oog op voordeel, en nu ontstaat ten gevolge van ziekte of handicap een nadeel, zodra een der partners extra mantelzorg behoeft.

Opbouw van een groter netwerk wordt geprobeerd door degenen die besloten om samen een 'woongemeenschap' op te zetten. Dat gebeurt meestal op heel idealistische grond, maar de hamvraag is, hoeveel andere banden er in de nieuwe relaties vervlochten kunnen worden. De afspraak tot wederzijdse zorgverlening (tot een duidelijk omschreven grens) is van vitaal belang. De verlichting van zelfzorg door de efficiëntie van het samen doen van een aantal huiselijke taken is eveneens van betekenis. Maar ik denk dat zonder echte vriendschapsbanden het samenwonen toch vaak op den duur niet lukken zal. Een tussenweg is dan om veel minder dan in een gezamenlijk huishouden 'op elkaars bovenlip' te gaan zitten. De hoeveelheid privacy die elk der leden van een woongemeenschap heeft, zal vaak bepalend zijn voor de mogelijkheid tot voortbestaan.

### Verenigingen en clubs

Die hebben meestal een andere doelstelling dan wederzijdse zorgverlening. Maar dat neemt niet weg dat het lidmaatschap van clubs en verenigingen een goede mogelijkheid biedt om met gelijkgezinde mensen in contact te komen. Daaruit ontwikkelt zich vaak een vriendschap en dat heeft wel degelijk consequenties voor mantelzorg. Zo kan bijvoorbeeld een echte behulpzame burens- en vriendenkring ontstaan binnen de bewonersvereniging van een groot flatgebouw.

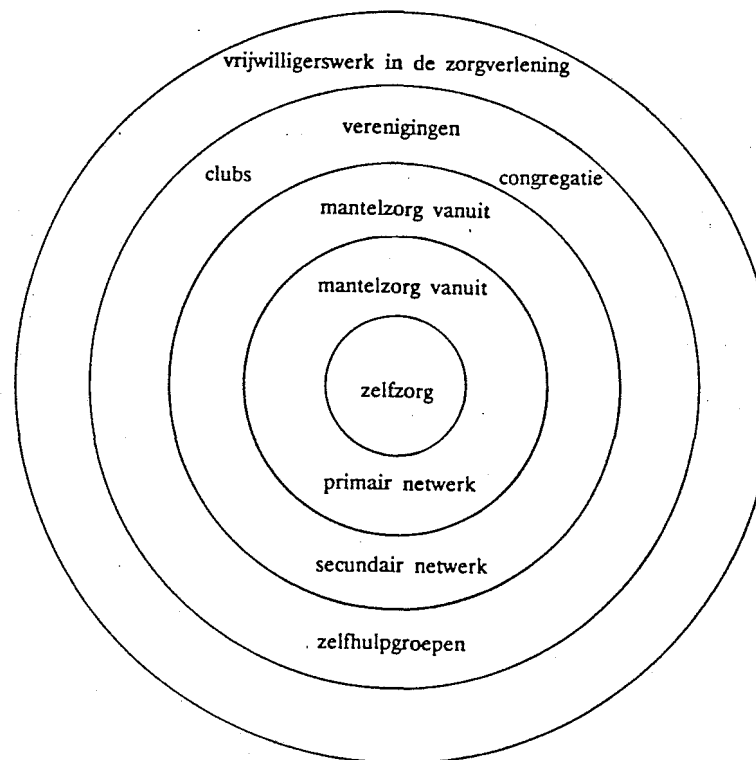
Veel dichter rond het mantelzorgbegrip liggen de clubs en verenigingen die specifieke zorgbelangen van hun leden nastreven. Hier ligt nog een groot veld om te ontwikkelen. De vele patiëntenverenigingen en ouderenclubs zijn al een eind op weg gegaan, maar er liggen nog grote taken onvervuld. Het gaat in eerste instantie vooral om grotere invloed en macht van ouderen op het maatschappelijk gebeuren. Niet alleen op landelijk niveau of in gemeentelijke overheidskwesties hebben de ouderen te weinig invloed, maar meer nog op buurniveau. 'De man was nu 83 jaar en hij redde het best in zijn kleine flat, ook nu zijn vrouw al vier jaar geleden gestorven was. Ik bezocht hem, een oude kennis, een zorgvuldig en hoffelijk man die grote verdiensten had in zijn vroegere sociale functies.

Hij was wat neerslachtig en bij een kop thee kwam het verhaal eruit. Een jong stel, tweeverdieners, was vier maanden geleden zijn bovenburen geworden. Ze waren gek op muziek. Vaak ging oorverdovend geschetter en gebonk tot 12 uur 's nachts door. Hij had ze daarover al eens aangesproken, maar het hielp niet. Toen een paar feestjes in weekends tot de ochtend duurden en hij geen oog meer dichtdeed, zowel van het kabaal als van de ergernis, schreef hij een keurige brief dat dit toch echt niet kon. Het antwoord was niet meegefallen. Het zou 'hun een zorg zijn of hij niet sliep. Als het hem niet beviel, moest hij oprotten. Zij hadden toch zeker ook het recht om te leven zoals zij dat wilden? Ouwe zak.'

Twee maanden later was hij weggepest uit een flat waar hij twintig jaar gewoond had.'

De man was met zijn 83 jaar iets aan de oude kant om actie te ondernemen. Maar door VUT en andere maatregelen zijn er steeds meer 'jongere ouderen'. Is men vitaal en actief genoeg, dan ligt het op de weg van de ouderen, globaal zo ongeveer tussen 60 en 75 jaar, om meer gemeenschap te scheppen in hun directe woonomgeving. Bewonersverenigingen opzetten waar ze nog niet bestaan in flatgebouwen en wooncomplexen, straatclubs en buurtverenigingen opzetten, clubvorming met allerlei doel. Mooi is het om een pakket gezamenlijke zakelijke belangen te behartigen. Zoals in het geval van mijn oude vriend de kwestie geluidsoverlast en de daarbij horende afspraken over woongedrag. Een vereniging kan daarbij kracht zetten, een particulier niet. Daar bovenop kan zulk een vereniging een gezelligheidskarakter hebben, wat de onderlinge verhoudingen van de buren eveneens zeer ten goede komt. Hier ligt een groot veld voor activiteit door vitale ouderen, mede gemotiveerd door onze bezwaren tegen maatschappelijke uitwassen.

Abram de Swaan, hoogleraar in de verzorgings-sociologie, gaat nog verder. Hij denkt aan het gezamenlijk stichten van grotere belangengroepen met zo'n 2000 leden, die aandacht kan besteden aan bijvoorbeeld de hele zorgsituatie van ouderen in een stadswijk of dorp. Zulke 'congregaties' zouden waarschijnlijk in een grote behoefte kunnen voorzien en aan veel ouderen het gevoel van machteloosheid en uitgeteld zijn kunnen ontnemen. Als we nu bovendien nog denken aan het vrijwilligerswerk in de zorgverlening, dan hebben we heel het veld van de 'informele zorg' bij elkaar met zelfzorg als de onmisbare kern en daaromheen de 'lagen' waar wijzelf in deelnemen en van waaruit we zorg kunnen ontvangen.



Afb. 2.

## 6. WELKE MANTELZORGER ZORGT WAARVOOR?

### Het primaire netwerk

'Hij is 73 jaar en staat nu werkelijk bijna stijf van de reuma. Zijn vrouw is 67 jaar. Ze is flink en sterk en kan hem gelukkig met alles helpen. Met liefde helpt ze hem omhoog van het toilet en poetst hem af. 'Dat zie ik onze buurvrouw nog zo gauw niet doen', lacht hij.

Nee, precies. Intieme zorg wordt geleverd in het primaire netwerk: echtgenoten, partners. Met volwassen kinderen gaat het ook nog, maar al minder frequent. In het huishouden horen de basisfuncties van het lijf

thuis: kleine kinderen op een potje, vuile luiers, natte broek en het voeren met kleine hapjes zijn er niet vreemd in de kindertijd. Als het moet, worden ze opnieuw van stal gehaald in de oude dag. De warmte en vertrouwde van een goede lange relatie zijn nodig om je dan niet te schamen voor de ander, want er kunnen grote emotionele drempels bestaan.

Alle intieme dingen 'aan het lijf' horen thuis in dit primaire mantelzorg-netwerk. Het is het enige dat ADL-stoornissen van langere duur thuis kan opvangen. Vraag overigens niet hoe zwaar dat gaat vallen!

Als het oude paar drie wintermaanden aan de Spaanse kust zit, is het nodig dat de post wordt behandeld en rekeningen betaald. Zulk een financiële administratie hoort ook tot de intimiteit van de naaste familie. Meestal zorgt daar een van de kinderen of schoonkinderen voor. Een kwartiertje in de week. Maar dat kleine beetje zorg is oh zo belangrijk voor hun welbevinden. Met de burens zijn ze op heel goede voet, maar hiermee hebben ze toch niets te maken.

In een onderzoek van lange adem, over een periode van 12 jaar, heeft Thomae de mantelzorg gevolgd van kinderen voor hun ouders. Hij merkte dat met het ouder worden de hulp wat betreft het huishouden en de financiën afnam, maar zorg voor hun lichamelijke problemen toenam of gelijkbleef. Het behoefte-element van de ouderen is duidelijk herkenbaar. Ankersmit vond dat ouderen van 55-60 jaar in 5 % van de gevallen hulp van hun kinderen ontvingen. Dat liep op tot 31 % voor ouderen boven 80 jaar. Knipscheer onderzocht de zorgsituatie van 455 ouderen en vond dat allen wel een primaire mantelzorgrelatie hadden. Bij 18 van hen was dat overigens maar één persoon. De Belgische onderzoeker Dooghe vond dat in België 80 % van de ouderen hun kinderen hadden als eerste of tweede mantelzorger.

Te vaak wordt alleen maar gedacht aan hulp in de huishouding of hulp 'aan het lijf'. Maar als de validiteit niet al te zeer in het slop is geraakt, zijn ook de contacten op gevoelsmatig niveau van het grootste belang voor het welbevinden. Die hulp kost vaak maar weinig moeite en tijd. Het gaat niet enkel om bezoek, maar veeleer om contact en aandacht. Zo kunnen de moderne communicatiemiddelen zonder persoonlijke aanwezigheid al een belangrijke psychische steun geven. Dat begint al met brieven schrijven en foto's sturen. Sneller en wederzijdser werkt een telefoon-

gesprek. De technologie heeft voor de naaste toekomst nog heel wat meer in petto. De videofoon, waarbij men niet alleen met elkaar praten kan, maar elkaar tegelijkertijd ook ziet, is technisch al lang mogelijk. Het gaat veeleer nog om de kosten en om de massaproductie. De video-apparatuur vindt snelle verbreiding. Nu ook in enkele jaren het zelf opnemen van allerlei familiegebeurtenissen binnen massa-bereik aan het komen is, sturen kinderen aan hun ouders de videoband met het verjaarsfeestje, de reis of wat dan ook, waar die ouders zelf niet bij konden zijn. Voor een deel wordt door de technologie aldus opgeheven wat er aan contact door de sterkere beweeglijkheid van de bevolking teloor is gegaan. Het hier beschreven verschijnsel heeft al een naam gekregen ook: 'intimiteit op afstand'.

De relatie van ouders met hun nageslacht is veel meer waard dan alleen hun eventuele hulp. Het feit dat zij er zijn; het volgen van hun lotgevallen; de hoop op verbetering en de vreugde en trots op behaald succes van hun kinderen is een belangrijk stuk geestelijke, emotionele levensvulling. De ouders daaraan deel te laten hebben als vertrouwenslieden is een gunst van de kinderen, die voor de ouderen veel levensvoldoening pleegt in te houden. Ik moet hierbij wel opmerken, dat je als ouder zulk een relatie vaak niet cadeau krijgt. Je moet ze verdienen, allereerst doordat je waarachtige belangstelling hebt voor het wel en wee van je kinderen zoals zich dat ontwikkelt volgens hun normen, die zo vaak van de onze afwijken. Die belangstelling mag zich niet uiten in het alsmatig geven van adviezen. Integendeel! Geen ongevraagd advies en veel geduldig echt luisteren en meeleven. Van belang is ook, dat wij als ouderen voorzichtig zijn met overmatig op de kinderen te willen steunen. Je moet je altijd afvragen of het verantwoord is. Een dochter of schoondochter met opgroeiende kinderen en een baan heeft het vaak echt te druk. Als ze in alle liefde een stuk mantelzorg voor de ouders op zich neemt, kan ze haar eigen gezin en ontplooiing tekort doen en dat is niet goed. Mantelzorg moet altijd gericht zijn op het belang van beiden en daarmee stroken.

Het is dan ook beslist verkeerd om bij de kinderen als het ware te bedelen en te zeuren om aandacht en zorg. Zij zijn het die vanuit hun levenssituatie de grenzen stellen aan wat ze nog wel willen en kunnen doen.

### Secundaire netwerken

Met burens, vrienden en verdere familieleden is de inhoud van de

mantelzorg veelal van andere aard. Daarin is ten opzichte van vroeger de sterkste verandering gekomen. Echte wederzijdse **burenplichten** vind je praktisch niet meer, zeker niet in de steden. In de grote torenflatgebouwen gebeurt het maar al te vaak dat men zijn burens zelfs na jaren nog niet kent en volstaat met een benepen knikje naar elkaar in de lift. Maar het ziet ernaar uit dat we dat dal van vereenzaming achter ons gaan laten. Naarmate er meer bewonersverenigingen komen, vormen de zakelijke contacten de basis om met elkaar 'aan te praat' te raken. En dan gaat het oude spreekwoord weer gelden: 'Een goede buur is beter dan een verre vriend'.

Als familiebanden minder goed functioneren, kunnen relaties met burens en vrienden een intiemer karakter krijgen, vooral inzake vertrouwelijkheid aangaande de eigen levenssituatie.

In de Verenigde Staten blijken alleenwonende oudere vrouwen meer en betere zorgcontacten te onderhouden met burens en dichtbij wonende vrienden, dan met hun familieleden. Het onderzoek 'De levenssituatie van de Nederlandse bevolking' (kernegegevens 1980) geeft ook hierover belangrijke informatie.

Bij de 75-plussers heeft 63 % van de mannen en maar 49 % van de vrouwen wekelijks vertrouwelijk contact met naaste familie. Met vertrouwelijk contact wordt bedoeld op de bespreekbaarheid van levensproblemen. Met vrienden en kennissen heeft zulk contact eveneens plaats, maar mannen zijn daar met 38 % terughoudender in terwijl vrouwen met 51 % naar vrienden en kennissen minstens zo open zijn met hun vertrouwelijkheid als ten opzichte van hun naaste familie.

Het beeld dat we schetsen is globaal en zeker niet van toepassing op elk individueel geval! Samenvattend kan echter wel gezegd worden, dat intieme zorg 'aan het lijf' vrijwel uitsluitend gebeurt door primaire mantelzorgers. Zorg voor het huishouden wordt ook door hen verricht; maar vooral burens nemen hier vaak een aandeel in. Vrienden zijn belangrijk, maar niet als het 'verre vrienden' zijn, behalve wanneer 'intimiteit op afstand' bestaat. De affectieve behoeften kunnen nooit beter dan door de eigen partner en kinderen worden verzorgd. Aan de behoefte tot vertrouwelijkheid kan ook heel goed voldaan worden in het contact met burens en vrienden.

### De 'buitenkring'

De kring rond het mantelzorgnetwerk, bestaand uit clubs en verenigingen voor voornamelijk ouderen, gericht op allerlei belangen zoals het omgaan met bepaalde chronische ziekten, gezamenlijke bewoning van een complex, buurtverenigingen en later wellicht ook 'congregaties', voorzien in twee grote gebieden van belangen, die anders tussen wal en schip zouden vallen:

1. **macht** door het aantal, waardoor een groep zijn maatschappelijke belangen en ook die van individuele leden beter kan behartigen dan voor de enkeling mogelijk is. Zij fungeren als het ware als 'vakbonden' voor ouderen;
2. **informatie**, vooral wanneer het gaat om bepaalde ziekten. Dat geldt dus in het bijzonder voor patiëntenverenigingen. Zij behartigen de belangen van hun groep in de maatschappij, bijvoorbeeld de bereikbaarheid van gebouwen en openbaar vervoer voor rolstoelrijders.

### Zelfhulpgroepen

De persoonlijke situatie van het individu kan in een vereniging natuurlijk niet voldoende steun en zorg ontvangen. Die vraagt om een eigen klein netwerk van genoten. Mensen die aan eenzelfde aandoening of handicap lijden zijn daardoor een nieuw soort genoten geworden, namelijk **lotgenoten**. Ze hebben niet alleen hun ziekteverschijnselen gemeen of de moeilijkheden met hun handicap, maar ook het **leven** daarmee in zijn vele materiële en vooral ook emotionele consequenties. Aan dit relatief nieuwe soort mantelzorgnetwerk zullen we nader aandacht besteden in het volgende hoofdstuk, waar het gaat om het omgaan met zodanige ziekte, stoornis of handicap dat de zelfredzaamheid in de knel komt.

## 7. WAAROM DOEN MENSEN AL DIE MOEITE?

### Vanzelfsprekendheid

Dr. Tempelman is in 1987 te Groningen gepromoveerd op onderzoekingen naar het welbevinden bij 1200 oudere mensen. Van hen vond 80 % dat ze in een staat van goed welbevinden leefden. Daarvoor bleek één van de

voornaamste factoren te zijn, de zelfredzaamheid. De prijs die met goede zelfzorg en mantelzorg wrdt verkregen is niet gering. Toch is dat meestal niet de bewuste overweging die tot zelfzorg en mantelzorg leidt.

Aan duizenden oudere mensen is in allerlei onderzoeksprojecten gevraagd waarom ze eigenlijk voor elkaar zorgden. Velen waren over die vraag verbaasd. Er werd geantwoord: 'Dat is toch vanzelfsprekend?', 'wij horen toch bij elkaar' en 'ik heb alles voor hem over, hij zou het immers voor mij ook hebben!'. De zorg voor elkaar van mensen die hun 'nest' delen, blijkt zo oud te zijn als de mensheid en je vindt hem in allerlei culturen over de hele wereld. A.L. Boon zegt: 'Het begin van beschaving is rekening te houden met een ander'.

### Bezuiniging

Uit tal van onderzoeken, ook uit mijn eigen zorgonderzoek van vóór de oliecrisis van 1973, was al gebleken dat een teveel aan vertroetelende beroeps-zorgverlening vaak een ongunstige invloed had op de vitaliteit en het welbevinden van ouderen. Maar daarmee was het beleid natuurlijk nog niet meteen om. Er waren heel wat maatschappelijke krachten die het aanvaarden van de nieuwe inzichten ten aanzien van zelfredzaamheid blokkeerden, niet het minst uit de kringen van de beroeps-zorgverlenenden. Pas toen er noodzakelijk bezuinigd moest worden, werden de mogelijkheden en waarden van betere zelfzorg en mantelzorg als het ware 'herontdekt' en in het beleid van de overheid opgenomen. Geen wonder, want het was zowel beter als goedkoper dan de oude oplossing van 'opbergen in tehuizen'.

Het ministerie van WVC bekende zich uitdrukkelijk tot een zelfredzaamheidsbeleid in de brief over het ouderenbeleid, waarin het schrijft: 'Dit kabinet streeft naar een accentverlegging van een anonieme collectief gefinancierde solidariteit die als gevolg van de budgettaire situatie en de demografische ontwikkeling onbetaalbaar dreigt te worden, naar de individueel en in de gemeenschap gevoelde en persoonlijk tot uitvoering gebrachte op intermenselijke relaties gebaseerde solidariteit'. Vlijmscherpe 'stadhuistaal' met een interessante boodschap. Er staat niet dat men de verzorgings- of verpleeghuizen zou willen afschaffen! Nee, de regering wil het accent verleggen en dus minder nadruk op tehuizen en meer op zelfredzaamheid. Tehuizen moeten er natuurlijk zijn, maar dan alleen voor degenen die thuis onmogelijk langer kunnen worden verzorgd

omdat het te zwaar of te ingewikkeld geworden is. Ze verwijst naar de direct voor elkaar gevoelde solidariteit: het vanzelfsprekende van mantelzorg in het primaire netwerk. Dat is een onmiskenbaar hoofdmotief en ik heb het dan ook als kenmerkend in de definitie opgenomen. We willen het wel en bovendien moeten we nu ook, nu er door de overheid gesnoeid wordt en veel zuiniger omgesprongen met het opnemen in tehuizen. Het is begrijpelijk dat een regering het alternatief van de zelfredzaamheid gretig heeft opgepakt. Alle regeringen van de westerse landen hebben dat trouwens gedaan, of ze nu conservatief, liberaal, of socialistisch waren.

### Mantelzorg uit liefde?

Gaat het bij mantelzorg dan niet uiteindelijk om liefde voor de ander, naastenliefde? Dat kan er wel bijkomen maar in de eerste plaats is en blijft het toch een natuurlijke vorm van wederzijdse zorg voor elkaar om samen te kunnen overleven, waar de enkeling het niet redden zou. Dat is de kern van de zaak. Dat houdt dus óók een billijk stuk eigenbelang in. Mantelzorg is ouder dan de Bijbel en ouder dan het Christendom. Dat die de betekenis, inhoud en motivatie van mantelzorg verrijkt hebben is alleen maar gelukkig en versterkend. Het brengt het begrip op een hoger niveau maar ook op dat niveau mag en moet de simpele oersterke natuurlijke basis niet worden 'weg-gesublimeerd'.

Speelt pure opofferende liefde dan geen rol. Nou en of! Hoe vaak heb ik niet gezien dat een partner of een dochter zorgde en ploeterde voor een oude vader of moeder, tot ze er zelf bijna onderdoor gingen. 'Zijn vrouw had gezegd: ik val er liever dood bij neer dan dat ik het opgeef', vertelt Jet Kunkeler. In het primaire netwerk zijn de liefdevolle relaties vaak ongelooflijk sterk. Je kunt daarbij ook beslist niet zeggen dat 'eigenbelang' in onze technisch-materiële zin de enige drijfveer is van menselijk handelen. Abram de Swaan lijkt mij in dit opzicht beslist te pessimistisch. Elke ideologie, elke religie heeft - letterlijk - meeslepende eigenschappen. Zij allen kennen martelaren die liever stierven dan zich van die ideologie los te maken. Liefde voor en gebondenheid aan een ideaalbeeld is dan sterker dan de angst voor lijden en dood. Ook hier dus geen eenzijdigheid! Mantelzorg is niet enkel de natuurlijke kern van 'overlevings-maximalisatie' en ook niet louter een verheven naastenliefde-beoefening vol zelfverloochening en dienstbaarheid.

### Uit kameraadschap?

Dr. Fokkens komt in zijn proefschrift tot de uitspraak dat mantelzorg voortspuit uit 'goede verstandhouding' tussen mensen. Er is een kameraadschappelijke band en men aanvaardt elkaar wederzijds. Wat speelt bij die aanvaarding een centrale rol? Ik denk uit veel waarnemingen te kunnen concluderen dat het gaat om twee elkaar aanvullende eigenschappen: oplettendheid en verdraagzaamheid. Als je oplettend bent, bemerk je de stemming van de ander en weet je tijdig of je de ander verveelt of irriteert. Als er bovendien verdraagzaamheid is, worden de tekorten van de ander niet te zwaar getild. Wanneer de twee partners in een relatie allebei deze eigenschappen nastreven, zijn de voorwaarden vervuld om heel lang ongestoord en gelukkig met elkaar te blijven omgaan. Als mijn vrouw of kinderen dit lezen, zullen ze wel grinniken. Het is allemaal makkelijker gezegd dan gedaan en ik ben zelf natuurlijk ook geen heilige. Het gaat er dan ook niet om of die twee eigenschappen compleet en perfect aanwezig zijn, maar of er altijd weer opnieuw serieus naar gestreefd wordt om ze in praktijk te brengen.

Los van de wijze van omgaan van twee samenwonende partners, geldt in het algemeen dat een zorgbehoevende zijn mantelzorg bevordert als hij gewoon een prettig mens probeert te zijn. Als je voor een oude zure mopperige, eeuwig ontevreden vader of moeder moet zorgen, moet de verbondenheid wel erg groot zijn om dat te kunnen en willen volhouden.

### Uit eigenbelang?

Waarom zou dat niet mogen? Je bent er meestal helemaal niet bij gebaat wanneer je partner iets zou overkomen. Mensen die van elkaar houden, hebben er wat voor over om elkaar zo lang mogelijk bij zich te mogen hebben. Dat doet niets af aan het feit dat zorgen ook een teken van verbondenheid en liefde is aan de ander.

Tenslotte zit in mantelzorg altijd de noodzaak ingebakken tot wederkerigheid, al komt daar soms weinig meer van terecht als een der partners een zware handicap krijgt. De wederkerigheid is zo essentieel dat wij die in de definitie van mantelzorg opgenomen hebben en er nu apart aandacht aan moeten besteden. Uit al het bovenstaande is intussen wel duidelijk dat mantelzorg wordt gegeven op grond van een hele bundel van motieven.

Die zijn meestal niet eens bewust. Ze verschillen in betekenis van geval tot geval. Maar hun veelheid maakt wel duidelijk dat mantelzorg, ook nu nog, een ijzersterk zorg-arrangement is.

## 8. WEDERKERIGHEID VAN ZORGVERLENING

Die is niet aan tijd gebonden of aan 'hoeveelheid' zorg. Het is dus niet een soort handel. Samen met de socioloog Windig heb ik het verschijnsel eens verder uitgeplozen.

Bij 'handel' moet de prestatie evenredig zijn met de beloning. Bij mantelzorg niet. De wederkerigheid kan pas na vele jaren tevoorschijn komen. Ouders zorgen voor de opvoeding van hun kleintjes. Een halve eeuw later zorgen die kinderen voor 'de oude dag' van hun ouders. In de definitie van mantelzorg spreken we dan ook van de 'bereidheid tot wederkerigheid'. Het blijkt verder dat je mantelzorg ook niet als een wederzijds 'geschenk' kunt opvatten. Daarvoor is ze te weinig vrijblijvend. De wederkerigheid berust in diepste wezen op de verbondenheid met elkaar. Bij de zorg van ouders voor hun jonge kinderen doen zich weinig vragen voor.

Maar hoe zit het met de zorg van grote kinderen voor hun bejaarde ouders? In vele culturen zou men die vraag absurd vinden. Denk bijvoorbeeld aan de miljard Chinezen: 'Mijn ouders hebben voor mij gezorgd toen ik klein was en er veel offers voor over gehad om me groot te brengen. Nu is de tijd gekomen dat ik offers zal brengen om ze zorg te geven tot ze waardig hun einde bereikt hebben.' Dat is waar en heel mooi, maar wij zijn geen Chinezen. Hun cultuur draagt al duizenden jaren het stempel van de leer van Confucius, waarin het ouderlijk gezag tot hun dood toe grote betekenis blijft houden. In ons land is het dan ook niet verstandig om alleen op dit soort wederkerigheid van mantelzorg te blijven bouwen. Er zijn heel wat mogelijkheden om ook als oudere 'iets terug te doen'. De grote charme van mantelzorg is immers dat men beurtelings of tegelijk elkaars hulpverlener is, omdat men telkens zo goed mogelijk in elkaars behoeften voorziet. Sociologen noemen zo'n relatie symmetrisch. Maar sommigen maken van hun partner een verzorgende op een eenzijdige wijze en dat is een asymmetrische relatie. Ook de relatie van beroepshulpverlener naar hulpvrager is asymmetrisch: 'Juffrouw, wilt u alstublieft...?', zuster zou u even kunnen helpen...'. Je moet maar afwachten of ze tijd

hebben. Heeft ze je trouwens wel gehoord? Geduldig zijn dus tot ze komt. De macht is ongelijk verdeeld. De hulpverlener is in wezen machtig, de hulpvrager machteloos. Omdat bij mantelzorg de hulpverlening wederkerig is, is de gelijkheid van beide partijen veel beter gewaarborgd. Als je echter als oudere veel meer hulp van je mantelzorgers nodig hebt is het van groot belang om je af te vragen wat je als hulpontvanger voor de ander kunt terugdoen. We hebben al gezien dat de mantelzorg die genoten elkaar kunnen geven, op heel verschillende niveaus kan liggen. De oudere kan vaak weinig mantelzorg op lichamelijk en huiselijk niveau teruggeven aan de verzorgende. Maar die heeft dikwijls wel behoeften op psychisch gebied. Allereerst is interesse in het leven van de verzorgende van groot belang. Mensen willen graag eens 'uitpraten' en dan is een waarachtig luisterend oor een belangrijke dienst die je verleent. Je dient als 'praatpaal'. Andere prettige dingen om terug te krijgen zijn: waardering voor je hulp, voldoening omdat die echt veel te betekenen heeft voor de oudere (die kan mede daardoor immers thuis blijven), nu en dan eens een echte attentie of een cadeautje.

Een mens moet blijven zoeken naar wederkerigheid als hij van zijn genoten zorg ontvangt. We zagen dat in het voorgaande al even bij het geven van waarachtige aandacht en belangstelling voor de kinderen, zich vooral uitend in het luisteren naar hun problemen. Dat is beter dan steeds maar terug te vallen op de eigen moeilijkheden, klachten, pijntjes of pijnen, enzovoorts. Geduldig luisteren heeft symbool-karakter. Het geeft de verteller het prettige gevoel belangrijk te zijn, vertrouwelijk te kunnen zijn, er echt gelijkwaardig bij te horen, toewending te ontvangen en zich eens door een diepergaand gesprek van zijn zorgen en spanningen te kunnen ontlasten. Dan hoeven er heus geen oplossingen te worden aangedragen, want voor heel wat problemen bestaan die gewoon niet eens!

De ouderen hebben nog heel wat meer mogelijkheden tot wederkerigheid. Als je maar vindig bent. Zo vertelde een grootmoeder het volgende: 'Mijn kinderen zijn volwassen en ze wonen niet meer in deze stad. Ik hou zo graag goed contact met ze, maar een verjaars- en kerstwens is toch zo weinig. Nu lees ik nogal wat tijdschriften en samen met de burens hebben we drie kranten. Ik ben toen op het idee gekomen om voor mijn kinderen en kleinkinderen een soort knipseldienst op te zetten. Hun hobbies ken ik natuurlijk. Op ieders gebied knip ik uit kranten en tijdschriften de

artikelen die ze interesseren. Zodra ik voor een kind of kleinkind een aardig stapeltje knipsels heb, stuur ik het toe met een briefje. Dat wordt geweldig op prijs gesteld. Oma denkt aan je en doet wat voor je hobby. Het is zo'n kleine moeite en nog gezellig ook. Bovendien ben ik de kranten met meer oplettendheid gaan lezen.'

Er bestaat geen 'spoorboekje' voor liefde en hartelijkheid. Een mens moet zelf zijn 'trein' bedenken.

De mogelijkheden van ouderen om zorg te geven aan anderen zijn nog veel te weinig ontwikkeld. Op een internationale bijeenkomst over ouderen en hun familie, gehouden te Milaan in 1982, werd er over geklaagd dat overal in de westerse wereld de oudere mensen vooral worden gezien als zorg-behoevenden. Nu onder ouderen ook mensen worden verstaan van 50 of 60 jaar is dat al helemaal te gek. Haast alle ouderen, tot op zeer hoge leeftijd, blijven in staat om hulp te geven aan hun genoten. Valide ouderen kunnen natuurlijk veel meer doen. De knutselende opa die komt behangen, schilderen of andere werkzaamheden doen bij kind, buur of vriend kan met meer recht op hun wederkerigheid rekenen als hij zelf meer hulp nodig gaat krijgen. De hulp die ouderen geven kunnen, kan heel ver gaan. In veel culturen als bijvoorbeeld in Midden-Amerika, maar ook wel in Indonesië, de Filipijnen, de Sovjet Unie enzovoorts, worden kleinkinderen vaak door de grootouders min of meer geadopteerd en opgevoed. Dat is maar gelukkig ook, want de voortplanting wil er nogal eens wat slordiger zijn, zodat menige jonge ongetrouwde dochter met een 'verrassing' thuiskomt. Maar gaat het bij ons zoetjesaan ook niet een beetje die kant op?

Al hoeft het zover niet te gaan, toch kan de rijkdom aan kennis en ervaring van vele ouderen, aan de jongere generatie op veel ruimer schaal ten goede worden gebracht. Ruth Noller beschrijft in haar boek 'A voiced scarf' een systeem van 'mentoring' waarbij ouderen als mentor, of begeleider, fungeren voor jongeren. Op sommige vakgebieden gebeurt dat hier en daar in Nederland ook al op kleine schaal. Zulk een systeem verdient grote aandacht. Waarom denken wij bij de vraag naar bijscholing, herscholing of het bijbrengen van ervaring toch nog altijd uitsluitend aan het 'formele systeem' van scholen, cursussen, enzovoorts, en niet aan het 'informele systeem' waarbij de vele hoogstbekwame ouderen aan jongeren daarbij hulp bieden. Niet alleen zou dat van groot nut kunnen zijn voor overdracht van kennis en kunde, maar het zou ook een bijdrage kunnen



zijn aan het herstel van relaties tussen de ouderen en de jeugdigen. In Nederland kenden we al eeuwenlang het gilde-wezen, waarin ouderen hun kunde en informatie overdroegen aan de jonge generatie. Is daar niet meer van te herstellen? Er is al zo'n goed begin mee gemaakt!

Als er gesproken wordt over het 'zorgvermogen' in de samenleving, gaan de gedachten en het onderzoek natuurlijk allereerst uit naar het vermogen om 'informele zorg' aan ouderen te verstrekken die in enigerlei opzicht hulp behoeven. De keerzijde van de medaille: het zorgvermogen van ouderen ten behoeve van de jongere generaties, is nog even weinig onderzocht als de achterkant van de maan.

De Japanners zijn ons - verdraaid nog aan toe - hierin alweer de baas met slimme creatieve oplossingen. Ze hebben een plan opgesteld dat 'zilveren Columbus' werd genoemd. De Japanse ambassadeur in Spanje maakte kennis met de Nederlandse en Duitse 'bejaardendorpen' aan de Spaanse zuidkust, en dat bracht hem op een idee. Waarom niet grote aantallen oudere Japanners naar ontwikkelingslanden met gunstig klimaat en lage kosten van levensonderhoud laten verhuizen en ze daar dan bovendien gebruiken om goedkoop marktonderzoek te doen en free-lance of part-time steun te geven aan Japanse exportbedrijven? De gepensioneerden beschikken immers nog vaak over een schat aan kennis op gebied van marketing, technologie, management, geschoolde arbeid, enzovoorts. Die idee is in Japan als programma opgepakt, allereerst gericht op Brazilië, maar ook op Australië, Canada en Spanje.

Op zulk een wijze zijn ouderen niet louter een financiële last voor een volk, maar krijgen zij de kans om zich nuttig te maken, tegelijk met een betere mogelijkheid tot prettig en boeiend leven in een veranderde omgeving en op een hoger welvaartspeil. Ik heb nog niet gehoord van Nederlandse bedrijven die voor de openkomende markt in EEG-verband in Spanje gebruik maken van de mogelijkheden die er in de kolonies van de tienduizenden oudere Nederlanders in Spanje liggen. Het zou een aardige vorm van **maatschappelijke wederkerigheid** kunnen worden.

## 9. IS MANTELZORG NIET OUDERWETS?

Is het niet een terugval naar primitievere toestanden van vroeger? Maar hoe was het 'vroeger'? Ik heb nogal wat onderzoek gedaan naar

mantelzorg in de zeventiende tot de negentiende eeuw in Brabantse dorpen. Na een zware dagtaak zaten reusachtige boerenfamilies met hun kinderen, ongetrouwde familieleden, knechtjes en meidjes rond de onafgeruimde tafel. Er moest geploeterd worden om de kost te verdienen. Elke schouder die dragen kon, moest onder het boerenwerk, het huishouden en onder tegenslag van ziekte en handicap. Daarbij kon je niet op voorzieningen rekenen, want die waren er praktisch niet. Oude mensen en chronisch zieken werden thuis verzorgd. De grote omvang van de gezinnen liet dat ook wel toe. Zwaardere taken vroegen om uitbreiding van de mantelzorg. Allereerst de familieleden uit de omgeving, en de burens. Daar waren ongeschreven wetten over, die de wederzijdse verplichtingen regelden, een soort adat. Je hielp elkaar bij het zwaarste werk zoals ploegen, hooien, oogsten. Als je geen flinke os bezat maar enkel een mager paardje, werd het hitje van de buurman mee voor de ploeg gezet, en omgekeerd. Zo kon je het samen redden. Als de dood toesloeg en de gezinsleden als verlamd waren, nam heel de buurt de reeks van taken op zich tot en met de begrafenis.

In onze tijd is het meeste daarvan verdwenen. Een boer met moderne landbouwmachines bewerkt meer akkers op z'n eentje dan vroeger vijf grote gezinnen aankonden. Er is gezinszorg bij ziekte, toegankelijkheid van allerlei gezondheidsvoorzieningen als ziekenhuis of verpleeghuis zonder dat men geruïneerd wordt, een sterfgeval wordt volledig verzorgd op basis van je uitvaartpolis.

Wat niet verdwenen is, dat is de betekenis van het 'nest', al is het dan veel kleiner geworden en heeft het een paar van zijn functies verloren. Door de uithuizigheid van beide werkende partners, door schoolmaaltijden en kindercrèches is het vaak niet meer constant bewoond, maar het is dan toch minstens een 'avond- en nachtnest' gebleven. Voor ouderen neemt de betekenis van het nest juist sterk toe. Vroeger was vader de hele dag naar zijn werk en had moeder de handen vol aan zorg voor kinderen en huishouden. Bij ouderen zijn die beide levenstaken weggefallen en heeft men meer tijd voor elkaar. Men kan de lichtere taakjes van het bestaan nu samen verrichten. Het netwerk is kleiner geworden. Meestal maar twee genoten. Er is veel meer comfort ontstaan door supermarkt, CV, vrieskast, moderne kookmethoden, klare maaltijden, weggooi-spullen en huishoudapparaten. De toch al lichtere dagelijkse last is daardoor nog veel verder afgenomen. Dat kan je goed zien aan de vele vrije tijd die oudere mensen hebben. Zelfzorg en mantelzorg zijn ten opzichte van vroeger dus

veel **competenter** geworden door de hulpmiddelen van wetenschap en technologie. Dat betekent dat ze ook gericht kunnen worden op hogere doelstellingen dan vroeger. Was het vroeger 'ploeteren en de kerk', nu is er een heel scala van psychische en sociale zelfzorg en mantelzorg, die we in de vorige hoofdstukken al breeduit besproken hebben. Daar komt nog bij dat zich allerlei nieuwe soorten mantelzorgnetwerken hebben ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de zelfhulpgroepen.

Bovendien is over zelfzorg en mantelzorg in de moderne tijd heel wat te lezen. De mensen weten tegenwoordig veel meer over dingen als gezond voedsel, verstandige leefgewoonten, de werking van het menselijk lichaam, het gebruik van medicijnen, het nut van beweging, de verpleging van zieken en de opvang van handicaps. De competentie van zelfzorg en mantelzorg kan nog verder toenemen. Het gerontologische symposium in Milaan heeft met klem erop aangedrongen dat ouderen hierin zelf meer actief worden. Als belangrijke studie-thema's werden genoemd: meer weten over zelfhulpgroepen, betere communicatie tussen de generaties bevorderen en meer zorg rond sterven en dood. Voor een optimale kwaliteit van het bestaan van oudere mensen is het kennisnemen van meer informatie over heel het terrein van de 'informele zorg' op den duur steeds meer onmisbaar. Vanuit deze gedachtengang is trouwens dit boek geschreven. Het wordt belangrijk geacht dat zelfzorg en mantelzorg veel vaker een gespreksthema vormen tussen genoten van een netwerk, en ook tussen ouderen onderling.

Bij deze overwegingen moet nog gevoegd worden dat er tegenwoordig, in tegenstelling tot vroeger, allerlei voorzieningen bestaan die voor iedereen toegankelijk zijn, zoals gezinszorg, wijkverpleging, maatschappelijk werk, het hele gezondheidszorgsysteem. Mantelzorg hoeft dus niet meer het tobben te zijn van vroeger, maar moet en kan tijdig versterking krijgen van beroepshulp. Het is dus niet 'terug naar vroeger', maar veeleer 'vooruit, naar competenter en krachtiger informele zorg, in goede samenwerking met de zorg uit de beroepsvoorzieningen als dat echt nodig zou zijn'.

## 10. DE TOEKOMST VAN MANTELZORG

Er zijn nogal wat onderzoekers die menen dat mantelzorg voor ouderen in de toekomst steeds verder zal gaan afbrokkelen. Om te beginnen zal het aantal hoogbejaarden steeds meer gaan stijgen. Er zijn nu al 88.600

mannen en 181.400 vrouwen in Nederland boven de 80 jaar. De last zal dus zwaarder kunnen worden.

Uit het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen weten we dat bij toenemende ouderdom de behoefte aan hulp statistisch toeneemt. Bij blijvend onherstelbaar functieverlies betekent mantelzorg zorg tot en met de dood van de hulpvrager. Voor een oude partner en voor kinderen zal zulk een zorg vaak te zwaar worden. Daar komt nog bij dat de gezinnen steeds kleiner zijn geworden. Vroeger waren er grote gezinnen met veel kinderen om de ouders nog eens te helpen en nu weinig kinderen, dus wég mantelzorg. Het lijkt heel juist, maar blijkt toch maar oppervlakkige praat te zijn. De sterke daling van het geboortecijfer dateert van de zestiger jaren. De gezinnen na die tijd werden klein, voordien nog niet! Dat wil zeggen dat mensen die in het jaar 2000 80 jaar oud worden, hun gezin hebben opgebouwd voor 1960. In het jaar 2000 geldt dat argument van het kleine kindertal dus nog niet. Dat gaat pas aan de orde komen over een 15-tal jaren. Maar hoe zal het daarna gaan?

Een gevaar is het afnemen van het aantal huwelijken. Volgens het CBS zullen er in Nederland in 1990 rond 46 % van de mensen gehuwd zijn en in 2000 is dat gedaald naar rond 42 % (vooruitberekening, middenvariant, Statistisch Zakboek 1986). Maar het huwelijk als institutie is geen zuiver criterium meer voor de telling van het samenleven en/of samenwonen met een partner! En van dat laatste hangt toch af, of de belangrijke mantelzorg van partners mogelijk is. Bovendien moeten we er rekening mee houden dat het samenwonen van ouderen zich ook veel vaker zal kunnen gaan voordoen bij oudere vrouwen onderling. Bij afnemende welvaart zal men door samen één woning te bewonen het consumptieniveau van veel andere begerenswaardige zaken op peil kunnen houden. De overheid kan samenwonen stimuleren door er bepaalde voordelen aan te verbinden. Ik ben van de argumenten tegen zelfredzaamheid bepaald nog niet onder de indruk, al is de verkruiemeling van de westerse samenleving, gepaard aan een sterk individualisme, onmiskenbaar en bedenkelijk. Maar wie durft te beweren dat de wal het schip niet keren zal? Er is bovendien een opmerkelijke trend om allerlei werkjes zelf op te knappen. De doe-het-zelf-winkels bloeien en waarom zou de doe-het-zelf-zorger niet op deze stroom meegenomen worden?

Maar wat bleek nu uit een Rotterdams onderzoek onder ouderen van enkele jaren geleden? 70 % wil, als er zorg 'van buiten' nodig is, die liever

van beroepshulp (gezinszorg, bejaardenhelpers, enzovoorts) dan van hun eigen kinderen. Voor lichamelijke en huiselijke zorg is dat geen wonder als ze geheel of grotendeels door 'de regering' betaald wordt en men rechten kan laten gelden en eisen stellen. Maar nu dat krapper wordt en je zelf steeds meer moet bijdragen, zou ik dat onderzoek nog weleens over willen doen.

Een andere opmerking is: mantelzorg wordt bij hoge ouderdom en zwaarder invaliditeit voor partner en/of kinderen een véél te grote belasting. Ja, dat is waar. Er mag geen morele druk ontstaan om de zorgbehoevende per se thuis te houden, met schuldgevoelens als dat niet langer kan. Maar we hoeven de verzorgingsstaat gelukkig niet op te doeken! Als het thuis echt te zwaar wordt zal er beroepshulp beschikbaar zijn, hetzij als 'thuisverpleging', hetzij door opname in een instelling. Komen er dus geleidelijk veel meer alleenwonende hoogbejaarden die opgenomen zouden moeten worden, dan is het des te belangrijker dat de talrijke 'jonge ouderen' langer en vaker kunnen thuisblijven.

De hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde professor Michels wijst nog op een andere ontwikkeling. Toen er nog grote gezinnen waren was het jongste kind vaak pas in de twintig als de vader zeventig werd. Nu de gemiddelde huwelijksleeftijd lager is geworden en het tweekinds-gezin regel, is het jongste kind veeleer tegen de veertig als de vader zeventig wordt. Ze zit, zegt hij, dan nog zelf in de kinderen als de ouders hulp nodig gaan krijgen. Maar die situatie verandert ten goede als de ouders pas een jaar of wat later hulp van een kind nodig zouden hebben, doordat ze hun eigen zelfredzaamheid op een hoger niveau hebben weten te brengen. Menige moeder van 40-45 jaar heeft haar twee kinderen al volwassen en het huis uit. Vaak een kwestie van een paar jaar dus.

Dan is er nog het tijdsbezwaar. Zorgen hoorde tot het rolgedrag van de vrouw. Steeds meer vrouwen hebben een baan en dan dus geen of weinig tijd om ook nog eens wat mantelzorg aan een ouder te geven. Ja ja, natuurlijk, maar als we dit argument op tafel leggen moeten we daar meteen naast leggen dat door arbeidstijdverkorting, vervroegde uittrekking, sterke toeneming van deeltijd-arbeid en door structurele werkloosheid, er geweldige nieuwe vrijetijds-ruimte is ontstaan. Bovendien begint ook de man in sterker mate deel te nemen in de huiselijke zorgtaken.

Kortom, het ziet er toch niet zo somber uit voor mantelzorg van ouderen. De gerontoloog Dr. Knipscheer heeft veel onderzoek gedaan op dit gebied. Hij meent dat de bereidheid van kinderen om mantelzorg aan ouders te verlenen groter is dan thans feitelijk al beoefend wordt. Men vindt het in het algemeen nog altijd heel normaal. Ook Bevers (1981) komt tot die bevinding.

Ouderen en hun gezin, dat is eeuwenlang een belangrijk relatiepatroon geweest. Dat vervluchtigt zo maar niet in een enkele generatie! Knipscheer heeft een boeiend overzicht geschreven over de 'historie van het familieverband' (1984). Het blijkt dat het nogal bewierookte drie-generatie-gezin helemaal niet zo algemeen was als wel werd voorondersteld. Het gezin is in wezen het 'kerngezin': vader, moeder en opgroeiende kinderen. Dat zag je in Engeland al sinds de zestiende eeuw. Eigenlijk is dat ook heel begrijpelijk. Het heeft zelfs diepe biologische fundering. Vissen kunnen kuitschieten met 20 miljoen bevruchte eitjes. Zorg voor zulk een grote nakomelingschap is dan overbodig. De meesten worden opgegeten en een paar van de kwieksten overleven het wel. Maar hoe minder 'jongen' er zijn, hoe meer noodzaak er is voor een sterke gezinsband. Je ziet dat bijvoorbeeld al prachtig bij onze zangvogels. Er is een onmiskenbare relatie tussen: meer en langduriger opvoedingszorg enerzijds en meer stabiele gezinsstructuur anderzijds. Zoiets is een transcultureel gegeven. Het laat zich door cultuurveranderingen niet of maar marginaal aantasten.

Tot slot: veel kritiek op mantelzorg heeft alleen maar betrekking op 'mantelzorg onder druk', dus wanneer één lid van een mantelzorgnetwerk naar verhouding uitzonderlijk veel zorg vereist van een ander lid of van het netwerk. In wezen is dat een uitzonderingspositie, waarvan de frequentie weliswaar met de leeftijd toeneemt, maar die toch slechts toepasbaar is op een minderheid, ook van hoogbejaarden.

## 11. KUNNEN ZELFZORG EN MANTELZORG SCHADELIJK ZIJN?

Nou en of! Het zou onzin zijn om ze te gaan idealiseren. Het gaat om menselijk handelen en alle menselijk handelen kan schadelijk zijn. Eten is nuttig maar niemand zal het willen of kunnen afschaffen omdat het soms misbruikt wordt door verkeerd eten of vooral teveel eten met tal van

ernstige gevolgen. Zo is het natuurlijk ook met zelfzorg en mantelzorg. Zij kunnen schadelijk zijn bij onbekwaam toepassen. Als iemand zelf zijn ziekte wil gaan behandelen kan hij grote fouten maken. Op psychisch gebied kunnen door foute zelfzorg neurosen ontstaan. Dat komt omdat elk mens conflicten heeft die vaak onoplosbaar zijn, bijvoorbeeld het spanningsveld tussen lustbeleving en normbesef, of tussen willen en kunnen. Wanneer men met zelfzorg aan zulke conflicten probeert te ontsnappen door ze te verdringen, kan dat vaak leiden tot neurotische gedragingen. Het ligt niet aan zelfzorg op zich, maar aan te geringe competentie van zelfzorg om met het desbetreffende probleem om te gaan.

Ook mantelzorg kan ontsporen. Al in mijn boek uit 1977 'Het verschijnsel zorg' heb ik daarop gewezen en als ontsparingen genoemd 'apeliefde', waarbij men als het ware geterroriseerd wordt door de liefde (en daarmee zorg) van een partner (of ouder); privacy-verlies dat een ongewenst bijproduct kan zijn van burenhulp ('er wordt teveel gekletst'); zorgtirannie waarbij geldingsdrang van de zorgverlener een negatief motief vormt, of zorg uit medelijden, waarbij door dat medelijden, vaak met de beste bedoelingen, de zorgontvanger in de put wordt geholpen.

In de sociale psychiatrie is het een bekend gegeven, dat geestesziekten kunnen ontstaan vanuit relatiestoornissen, met name bij mensen die daarvoor gevoelig zijn. Maar het feit dat onder sommige omstandigheden, psychiatrische schade kan ontstaan, kan nimmer een reden zijn om zelfzorg of mantelzorg in het algemeen af te wijzen. Veeleer moet door onderzoek worden vastgesteld waarom en wanneer zulke schade kan optreden en hoe dat vermeden kan worden. Wat zijn de 'kwetsbaarheidsfactoren'? Juist deze lenen zich voor een preventieve benadering, zegt de hoogleraar in de sociale psychiatrie Dr. Gersons (1986). Caplan en Lindemann stellen in hun crisistheorie, dat psychische problemen zich altijd in de context van sociale netwerken afspeelen en daarom ook bij voorkeur door, of in die netwerken dienen te worden opgelost. Dat houdt de feitelijke erkenning in van het mogelijk schadelijke karakter van een mantelzorgnetwerk en tegelijkertijd een erkenning van zijn mogelijke therapeutische betekenis onder begeleiding van een psychiater.

## 5. ZELFREDZAAMHEID IN DE KNEL

### 1. HELP, HELP

Op een dag gaat het gewoonweg echt niet meer, samen of op je eentje. Er moet raad geschapt worden. Wat nu?

Als het niet langer zo gaat, moet allereerst bekeken worden hoe dat komt. Men moet geen paniekbesluiten nemen: 'Het gaat met vader niet meer en dus maar opnemen in een verzorgingshuis of een verpleeghuis'. Afbraak van heel zijn 'nest' is dat. Alles weg alsof hij al dood is. Nee, een paar foto's en kleinigheden mag hij nog naar het verpleeghuis meenemen.

In het boek 'Innovations in care for the elderly' (Van den Heuvel/Schrijvers, 1986) wijst Knipscheer op andere mogelijkheden. Als het moeilijk wordt met de zelfredzaamheid van de ouder(s), heeft het zin om een 'familieconsultatie' te houden. In 1983 hebben Kuijpers en Bengtson een 'family support cycle'-model ontworpen. De behoefte aan aanvullende beroepshulp boven op de tekortschietende zelfredzaamheid moet eens nauwkeurig besproken worden en daarnaast de capaciteit die bij de mantelzorgers aanwezig is. Wat zijn de grenzen? Hoe staat het met gevoelens van verplichting die wellicht de draagkracht van mantelzorgers te boven gaan? Wat en hoeveel beroepshulp kan bijspringen? Zulk een beraad schept duidelijkheid en kan er veel toe bijdragen dat de ouder(s) zich thuis toch nog kunnen blijven handhaven.

### 2. FAMILIE-CONSULTATIE; ZELFREDZAAMHEIDS-CONSULTATIE

Ook bij mantelzorg kan op den duur 'bedrijfsblindheid' ontstaan. Wanneer 'het niet meer gaat' is een gesprek nodig met mensen die meer afstand hebben ten opzichte van de situatie. Het moeten verstandige

mensen zijn die kunnen luisteren en niet meteen met allerlei goede raad komen aandraven: een naast familielid, een goede buur of vriend waarmee men al vertrouwelijk omging. Daarnaast is er bij zulk een consultatie beslist ook beroepsdeskundigheid nodig. Omdat het over verzorgingsvragen gaat, moet niet in de eerste plaats aan de huisarts gedacht worden, maar veeleer aan iemand uit de gezinsverzorging of wijkverpleging die de beroepsmogelijkheden en voorwaarden van thuishulp en thuisverpleging goed overziet. Samen met zorgbehoevende en mantelzorger(s) zijn er dan dus drie tot vier andere personen bij het beraad betrokken. Omdat het geen echt familieberaad is, maar over de zelfredzaamheid gaat waarin ook anderen dan familieleden deelnemen, spreek ik liever van 'zelfredzaamheidsconsultatie'.

Hoe moet die consultatie worden aangepakt? In ieder geval niet ineens naar allerlei oplossingen gaan speuren, maar altijd eerst nader uitzoeken wat er nu precies allemaal aan schort en waarom er om hulp werd geroepen. Hoe erg zijn de stoornissen van de zelfredzaamheid als je ze eens probeert te bekijken door een wat objectievere bril.

Ziekte-ervaring is immers heel verschillend. Iemand die depressief is zal ziekteverschijnselen véél zwaarder aanvoelen dan iemand die vol levenslust is. En dan de vraag hoe invalide iemand is. Daarbij kan je niet als gezonde bij jezelf te rade gaan. Validiteit is een relatieve grootheid. Een havenwerker is invalide als hij niet meer tillen kan, maar een boekhouder is het als hij niet meer tellen kan. Een heel oud iemand hoeft niet meer zoveel! Als wij hem of haar allang als 'invalide' beschouwen, kan hij vaak nog best in zijn ADL voorzien en enkele kleine huiselijke taken uitvoeren. Als er één of méér kleine taken niet meer verricht kunnen worden, lijkt het soms of heel het kleine zorgsysteem instort. Maar als we goed kijken, zou het best op zijn pootjes blijven als er bijvoorbeeld driemaal per week een warme maaltijd werd bezorgd en tweemaal per week iemand het huisje eens een paar uurtjes bijhield.

Ook kan onder de klachten het echte motief schuilgaan. Onzekerheid en eenzaamheid zijn abstractere begrippen dan moeite met lopen, pijn, stijfheid en sufheid. Wat zit achter de crisissituatie nu precies. Dat is geen nieuwsgierigheid, maar een noodzakelijke start om tot de juiste hulpverlening te kunnen komen. Dikwijls is de hulpbehoevende niet degene die 'help, help' roept, maar de mantelzorger (-ster) die het niet langer aankan. En dan is er nog de bekende 'zelfvervullende profetie'. Je vaardigheden

nemen af: je wordt bestempeld als oud en versleten door hulpverlenenden: je ontwikkelt de bijpassende rol van arme zieke afhankelijke persoon: je verwaarloost je vaardigheden: je identificeert jezelf als zieke of gehandicapte: je vaardigheden laat je verder vervallen, enzovoorts.

Is er voorts misschien ook sprake van een verwaarloosd ziekteproces? Zo vaak wordt een klacht of stoornis aan ouderdom toegeschreven, terwijl bij medisch onderzoek blijkt dat het gaat om een goed te genezen ziekte. Ook kunnen er allerlei stoornissen zijn ontstaan waarvoor technische middelen een oplossing zouden kunnen bieden.

Tenslotte moet ook de vraag gesteld worden of er wellicht emotionele problemen in het spel zijn, of dat men overspannen verwachtingen heeft van de mantelzorger(s).

Om uit deze wirwar van mogelijkheden te komen, moet over voldoende informatie beschikt worden. Om dan vervolgens tot een oplossing van de problemen te geraken, die de beste beloften inhoudt voor het welbevinden van de betrokkenen, is weer andere informatie nodig. In dit hoofdstuk hebben we getracht om al de benodigde informatie bijeen te brengen.

### 3. HET MEDISCH HULPVRAAGBESLUIT

Wanneer geen of nauwelijks recent contact met de huisarts is geweest, doet zich de vraag voor: 'Zal ik naar de dokter gaan of niet?'. Dat besluit kan een bevrijdend gevoel geven, maar het kan ook dodelijk zijn! Er kan tijdig een goed te behandelen ziekte worden gevonden, maar anderzijds bergt medisch onderzoek, vooral op specialistisch gebied en in het ziekenhuis, ook grote gevaren in zich. Twee gevallen:

'Hij was 63 jaar en genoot maar net van zijn vervroegd pensioen toen hij bloed in zijn urine zag. Hij schrok er erg van en ging snuffelen op de bibliotheek in een medische encyclopedie. Allerlei griezeligs stond erin over blaasgezwollen of prostaatkanker, maar ook dat urine weleens rood kan worden door het eten van rode bieten. Opgelucht haalde hij adem. In dat haringslaatje van eergisteren zaten toch stukjes biet. Geen nood dus! In de volgende dagen leek het minder te worden en daarna weer eens een keer erger. In de encyclopedie stond er niet bij hoe lang de uitscheiding van bietenkleurstof wel kon doorgaan. Zijn angst was naar de achtergrond

geduwd en hij veroorloofde die niet om terug te komen. Voor zijn vrouw hield hij het geheim. Ze zou anders vast en zeker gaan zeuren over naar de dokter gaan. Toen het een maand verder was en er wéér duidelijk bloed te zien was, vond hij dat hij nu voor gek zou staan als hij alsnog met zijn klacht op de proppen kwam. Pijn had hij trouwens niet in het minst. Een klein adertje gesprongen misschien?

Toen hij twee jaar later stierf aan hersen-metastasen van zijn prostaat-kanker was dat erg jammer. Want men had hem heel goed kunnen genezen in het beginstadium. Wéér een weduwe erbij!

Bij onverwachte verschijnselen is een bezoek aan de huisdokter altijd aan te bevelen. Een mens zoekt zelf nu eenmaal steeds naar de minst griezelige verklaring. Als ik patiënten ontving met bloed bij hun ontlasting zeiden ze altijd: 'Het zal een gesprongen adertje zijn', of 'ik heb weleens een aambeï'. Maar bij inwendig onderzoek vond ik herhaaldelijk een laagzittende endeldarmkanker die dan nog uitstekend behandeld kon worden. Maar het kan ook anders!

'Ze was 77 jaar en erg kwiek voor haar leeftijd, maar nu was ze in de beginnende schemer toch lelijk gestruikeld over een tredje en had erge pijn aan haar pols. Naar de dokter dus. De pols leek verstuikt, maar de huisdokter liet voor de zekerheid een foto maken. Gelukkig niet gebroken. Bij het gesprek werd de dokter ineens opmerzaam. Hij keek in haar pupillen. Ja, haar gezichtsvermogen was wel erg achteruit gegaan. Er was een beginnende troebeling van de ooglenzen te zien. Staar. Nu werd die val ineens duidelijk. De huisarts gaf het uitstekende advies om die te laten opereren. Dat kostte maar weinige dagen opname en de operatie gaat tegenwoordig heel eenvoudig.

Haar pols was nu en dan eventjes onregelmatig, merkte de zuster. De oogarts liet voor de zekerheid even een cardiogrammetje maken. Dat zag er niet normaal uit en de hartspecialist werd in consult geroepen. Die vond overname voor verder onderzoek naar zijn afdeling nodig. Dat onderzoek viel niet mee! Na een week begon mevrouw de kluts wat kwijt te raken. Wat was er toch allemaal aan de hand? Een internist was erbij gekomen want haar bloedbezinking was erg verhoogd. Geen wonder, want ze was maar net beter van een flinke verkoudheid, maar daar was niet naar gevraagd.

Het ene onderzoek na het andere! Er werden diverse afwijkingen

gevonden bij de chemische bepalingen. Na ruim een maand werd ze ontslagen met een fraaie en lange reeks diagnoses en nieuwe ooglenzen. Maar ze was 'afgebrand' en uitgeblust. De huisdokter wist niet wat hij zag! Eens te meer dacht hij: 'Wat is opname in een ziekenhuis toch gevaarlijk voor oude mensen. Als het al strikt nodig is, blijf ik voortaan als een waakhond opletten dat men er niet méér gaat doen dan afgesproken.' Het was een opmerkelijk goede huisarts!

Over de juiste vraag naar medische hulp is heel wat onderzoek gedaan. Voor ouderen is de stand van zaken als volgt samen te vatten.

- Er zijn 'dokers-lopers' en 'niet-lopers'. Het eerste is in het algemeen af te raden.
- Bij een nieuw verschijnsel waar men geen raad mee weet, even aanzien, bijvoorbeeld enkele dagen tot een week, en eventueel een huismiddeltje nemen.
- Gaat het in die korte tijd niet weg, dan naar een goede huisarts gaan. 'Goed' betekent: voldoende tijd en aandacht voor oudere mensen; oplettend op vroege verschijnselen van een ernstige ziekte die behandelbaar is; vooral ook aandacht voor het functioneren en welbevinden van de patiënt; zeer terughoudend met ziekenhuisopname, vooral voor 'observatie'.  
Vraag zo nodig raad aan de wijkverpleegkundige die de huisartsen goed kent.
- Laat u niet te makkelijk in een ziekenhuis opnemen! Als het dringend wordt aangeraden, mag men gerust vragen of er een onderzoekplan is en of de kans voldoende groot is, dat de behandeling succesvol is met het oog op toeneming van zelfredzaamheid en welbevinden.
- Hoe sta je in het leven? Als gelovig mens van hoge ouderdom, die het langzamerhand wel voor gezien houdt, mede op grond van één of meer onherstelbare handicaps? Bij afname van de doodstaoe, neemt ook de behoefte af om 'alles' nog voor een verder voortbestaan te laten doen (Norbert Elias). Er is dus ook een heel bewuste keuze mogelijk om zich verder niet te laten behandelen, behalve dan 'palliatief, dat wil zeggen, gericht op het verlichten van de verschijnselen, maar zonder de oorzaken weg te nemen.
- Het is nu nog te vaak zo dat als een ingreep technisch nog wel zou kunnen maar niet gebeurt (bijvoorbeeld harttransplantatie, andere grote chirurgische ingrepen), dat niet wordt ervaren als leed maar als

onrecht. De slogan 'iedereen heeft altijd en onder alle omstandigheden recht op elke behandeling die technisch mogelijk is', heeft inmiddels veel van zijn kracht verloren. Te vaak staan moeiten en kosten in geen enkele verhouding tot het resultaat: een droevig wrak dat nog een paar maanden langer drijvende wordt gehouden.

Het is wetenschappelijk vastgesteld dat veel specialisten tijdens ziekenhuisopnamen van ouderen, veel te veel onderzoek (laten) verrichten. In de leidinggevende JAMA (Journal of the American Medical Association) wordt daar vanuit de medische professie zélf ernstig voor gewaarschuwd. Daar zijn schokkende cijfers over! Zo bericht Prof. Weinberg dat bij vrouwen boven de 85 jaar baarmoederoperaties worden gedaan in 20 % van de gevallen in de ene woonplaats, en in 80 % van de gevallen in een andere woonplaats. Medici kijken dus tegen de 'noodzaak' van een behandeling vaak heel verschillend aan! Als een grote ingreep voor een oudere patiënt wordt aangeraden is het verstandig een 'second opinion' te vragen van een onafhankelijk tweede specialist.

Geldt dit nu niet uitsluitend voor Amerika? Nee. De 'Commissie Dekker' die de regering moest adviseren in 1987 over de gezondheidszorg in ons land, heeft eveneens gewezen op de overmatige onderzoekneiging van medische specialisten met de daaraan verbonden enorme kosten.

Het is helaas nog altijd een vrome wens dat huisartsen meer en betere geriatrie scholing krijgen. Het specialisme geriatrie is al vanaf de zestiger jaren in discussie. Velen, waaronder ik, hebben hard gevochten voor erkenning, maar die is laat afgekomen en heeft in de ziekenhuizen onvoldoende vaste voet gekregen. Organisaties van ouderen moeten sterke politieke druk gaan uitoefenen om hun specialisme meer kans te geven.

#### 4. HET BEWEGINGSAPPARAAT WIL NIET MEER

Het neemt bij ouderen altijd wel wat in kracht af, maar nu hebben we dan toch te doen met echt ernstige stoornissen. Zelfredzaamheidsaantasting kan bijvoorbeeld ontstaan door ernstiger vormen van reuma (Nederland telt 300.000 reumapatiënten), toenemende stoornissen van het zenuwstelsel, toenemende hartinsufficiëntie, zware arthrose, en als plotselinge stoornis een CVA: een 'beroerte'. Wat nu?

Allereerst de vraag of door middel van een technisch apparaat(je) de functie voldoende hersteld kan worden. Beginnen we bij het eenvoudigste. 'Een oude moeder zat bedroefd in haar keuken. Ze had een CVA gehad en heel haar linker lichaamshelft was nu uiterst zwak. Een appel, een aardappel kon ze met haar linkerhand niet meer vasthouden. Ze kon dus niets meer schillen. De zoon die op bezoek kwam had een helder idee. Hij sloeg twee flinke spijkers in de keukentafel, een paar centimeter van elkaar, kneep de koppen eraf en prikte er een aardappel op. Klaar! Met haar rechterhand kon ze hem goed schillen!' Een mens gelukkig maken met twee spijkers. Draagkrachtvergroting!

Hulpapparaten zijn zo oud als de mensheid. De stok om op te steunen, maar ook de al eeuwenoude bril. In onze eeuw van ongelooflijke technische vooruitgang, is ook het aantal en de soort van aanpassingsapparaten sterk toegenomen. Heel eenvoudig zijn nog maar de kleding- en schoeiselaanpassing, de handgreepaanpassing aan vorken, messen en lepels, aanpassing van de woninginrichting door wegnemen van drempels, verlagen van de aanrecht, deurknopvervanging, armkranen, trapliftje, bevestiging van handgrepen. De eerste aandacht is uitgegaan naar gehandicapten in het algemeen en nog te weinig specifiek gericht op ondersteunende apparatuur voor bejaarden, maar daar zit wel verandering in. Mevrouw Ir. C. Stephan schreef al in 1983 een rapport 'Ontwerpen voor bejaarden', later gevolgd door het SWOKA-rapport 'Innovatie voor bejaarden' (Mw. Ir. A. Zuidberg).

Het gaat er daarbij om, bestaande produkten meer op ouderen af te stemmen. Een loodzware koekepan vervangen door een veel lichtere; zulk soort dingen ook. In mijn kaartsysteem tel ik niet minder dan 162 kaarten met aangepaste apparaten! Bij specifieke behoeften moet men zich wenden tot een orthopedisch centrum of een firma in verplegingsartikelen. Hoe praktisch een aantal van die 'hulpstukken' ook is, toch bewijzen ze hun nut alleen maar als de gebruiker nog voldoende levenslust heeft om eraan te wennen en te willen leren om ermee om te gaan. Dat adaptatievermogen moeten we niet onderschatten. In de laatste wereldoorlog is nog eens duidelijk gebleken wat voor geweldige aanpassingsmogelijkheden mensen hebben als de nood echt aan de man komt.

Toch is dit alles nog maar het bescheiden begin. Het Koninklijk Instituut van Ingenieurs heeft in 1985 een symposium gehouden over gezondheids-techniek. We mogen in de naaste toekomst hele reeksen nieuwe kunstor-

ganen verwachten. Daarvan is de pacemaker, die in het lichaam wordt ingeplant om het hartritme te regelen, al jaren gemeengoed geworden, evenals de nieuw in te brengen heupgewrichten. Steeds meer zullen de mensen gaan wennen aan vervanging van gestoorde lichaamsfuncties door technische apparaten om die functies over te nemen. De orthopedische chirurgie is daarin al een flink eind gevorderd.

## 5. HULP BIJ ADL-FUNCTIES

In het algemeen is mantelzorg bij gestoorde ADL-functies voor langere tijd alleen maar op te brengen door de partner. Maar dan is dat meestal een zware opgave, die alleen maar vol te houden is als er een goed zorgplan is opgemaakt. Een 'aflossings-regeling' kan soulaas bieden, maar onze eigen onderzoeken wijzen in zulke omstandigheden vaak op 'monopolisering' van de zorg. De partner heeft zich dan zo met die zorg vervlochten dat hij of zij die niet meer uit handen wil geven. Om toch de broodnodige verlichting te kunnen bewerkstelligen bestaat er een reeks van mogelijkheden waaruit samen een keus gemaakt moet worden.

- Vooral de alleenwonende zal eerder dan een paar geconfronteerd worden met behoefte aan hulp van derden. Hier moet dus gezinszorg, bejaardenhulp, wijkverpleging en dergelijke voor dagelijkse thuishulp inspringen. Bij het onderwerp 'thuishulp' wordt dit nader uitgewerkt. Op hulp uit het secundaire mantelzorgnetwerk mag niet gerekend worden, tenzij het om kortdurende overbrugging gaat.
- Als het om incontinentie gaat, het onvermogen om urine en/of ontlasting op te houden, moet vaak een onterecht schaamtegevoel overwonnen worden en allereerst de huisarts om hulp gevraagd worden. Niet zelden is door oefening of een ingreep het probleem op te lossen.
- Bekeken moet worden of al reeds gebruik wordt gemaakt van geschikte 'luiersorten'. De apotheker heeft daar voorlichtingsmateriaal over. De kosten zijn vaak voor rekening van ziekenfonds of verzekering te brengen, maar het is verstandig om dat na te vragen, want ze kunnen flink oplopen! Er bestaan allerlei aangepaste soorten opvangmateriaal.
- Er bestaat mogelijkheid tot 'dagbehandeling' in een verpleeghuis. Dat is vooral belangrijk als de kans erin zit dat de zorgbehoevende door ergotherapie en andere methoden weer zover kan worden opgeknapt wat de zelfzorg betreft, dat het thuis weer beter gaat.

- Meer en meer komt ook gewone 'dag-opvang' voor als er niets meer met behandeling te verbeteren is. Als dat elke week een paar dagen gebeurt, is de mantelzorg daardoor aanzienlijk ontlast en de kans groter dat men de situatie thuis weer redelijk aankan. Het verschil met dagbehandeling is, dat het hier alleen maar gaat om huisvesting en verzorging door de dag heen, en niet meer om het toepassen van enigerlei behandeling. Het zal in toenemende mate een taak van verzorgingshuizen kunnen worden.
- Ook moet gedacht worden aan weekend-opnamen en vakantie-opname in een verzorgingshuis. De mantelzorger kan dan eens een paar weekends in de maand vrij hebben voor zichzelf en ook eens een paar weken per jaar met vakantie. Zulk soort 'gefractioneerde' opnamen heb ik al in 1971 aanbevolen ter verlichting van de mantelzorger, maar de ontwikkeling is traag gegaan en begint nu, in 1987, pas wat van de grond te komen.
- Van groot belang is ook dat de mantelzorger voor advies en begeleiding terug kan vallen op een deskundige. Dat kan nu nog de huisarts zijn, of een dienstencentrum voor ouderen. Maar in de toekomst zal dit werk zich wel verder moeten gaan ontwikkelen. In de Verenigde Staten is dat al aan de gang. Vooral door verpleegkundigen worden er met succes 'verzorgingsadviescentra' opgezet. Die zijn erop ingesteld om advies en begeleiding te geven tegen betaling. Het tarief ligt dan heel wat lager dan dat van de arts, zodat het voor veel ouderen betaalbaar is. Men spreekt wel, een beetje plagend, van 'Florence Nightingale B.V.'s'.

In het hoofdstuk over zelfzorg heb ik telkens verwezen naar advies: van een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een diëtist, een ziekenverzorgende, een verpleegkundige. Het zou mooi zijn wanneer die allen in de toekomst samenwerkten in 'verzorgingsadviescentra voor ouderen'. Nu is men nog te veel aangewezen op een veelheid van instanties. Onder het hoofd 'sociaal-maatschappelijk werk' vind je in de Gouden Gids van de PTT steeds wel een hele verzameling in de wat grotere steden. De mogelijkheden om met meer of minder ondersteuning vanuit beroeps-hulpverlening zich toch thuis te kunnen handhaven, nemen ook voortdurend toe.



## 6. THUISVERPLEGING EN THUISVERZORGING

Door verschuiving van het zwaartepunt van verzorging en verpleging van instellingen naar de woningen van de mensen thuis, staat de overheid voor twee grote consequenties. Beperk het voortdurend bijbouwen van nieuwe instellingen en breek af wat er overtollig is of geef het een andere bestemming. Dat is één kant van de medaille. De andere kant hebben we hier boven al aangeduid. Er moet een duidelijk herkenbaar systeem komen voor beroepshulp thuis, want die wordt nu nog door allerlei overlappende en soms concurrerende instanties gegeven, zonder dat er sprake is van een voldoende afstemming van de hulpverleningscapaciteiten op de diverse behoeften. Het wordt een moeilijke zaak! Er ligt een advies van de Ziekenfondsraad ter tafel uit 1984, dat nog een verkennend karakter draagt. De Raad zat flink in de mist want ze verklaarde nog onvoldoende zicht te hebben op tal van aspecten van de thuisverpleging. Ze tobde natuurlijk met allerlei regelgeving, verspreide financiering, gebrek aan samenwerking en vage scheidslijnen tussen de bestaande voorzieningen. In 1985 verscheen een volgend rapport, ditmaal van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Het advies van deze raad van september 1985 kwam al een stuk verder. Uit een onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau is gebleken dat in het algemeen door patiënten en hun omgeving pas dan een beroep op professionele hulp wordt gedaan, wanneer hun eigen mogelijkheden en middelen als onvoldoende worden ervaren. Eerst zelfzorg en mantelzorg tot aan de (redelijke en niet uiterste) grens van hun kunnen. Belangrijk is vooral dat de Raad de aanbeveling doet om enerzijds de competentie van mantelzorg te vergroten, en anderzijds de mantelzorger zodanig te ontlasten dat die zijn of haar zorg redelijkerwijs kan voortzetten. Ik ben blij met die aanbeveling, want in een wetenschappelijk onderzoek dat in 1983 en 1984 onder mijn leiding heeft plaatsgevonden, was dat één van de hoofdconclusies. Het is soms ontroerend maar ook schokkend hoe geweldig veel een partner voor de ander over heeft, jaar in jaar uit.

In de Nota 2000 van het Ministerie van WVC en in het rapport van de Commissie Dekker, uit 1986 en 1987, wordt aan integratie en uitbouw van de thuiszorg nu verder gestalte gegeven.

## 7. OUDERDOMSDEPRESSIE

Depressiviteit, neerslachtigheid, als gevolg van verdriet of zorgen om het bestaan van jezelf, je partner, je kinderen, de maatschappij die je meer en meer tegenstaat, is een normale menselijke reactie. Ze wordt pas ziekelijk als het niet lukt om ze te verwerken en te boven te komen. Daar heb je het dus weer: de draaglast neemt toe en de geestelijke draagkracht is niet sterk genoeg en kan dus instorten.

Ook hier weer allereerst zelfzorg en mantelzorg. Niet opkroppen maar uithuilen en uitpraten. En dan een flinke reis met een niet te grote reisgroep. Dat werkt vaak als een milde hersenspoeling door de vele nieuwe indrukken en het geeft contacten met nieuwe mensen. Daar zijn er altijd wel, bij wie je ineens je hart kunt uitstorten. In zulke gunstige situaties neemt de draagkracht toe, terwijl het verdriet gerelativeerd wordt door tijd, afstand en afleiding. Op die manier kan door goede informele zorg menige echte, ziekelijke depressie tijdig voorkomen worden. Moeilijker is het wanneer het gaat om een depressie die uit aanleg voortkomt, een 'vitale depressie'. Maar ook hier is heel wat preventie mogelijk door goede zelf- en mantelzorg. Hoe 'normaler' men blijft functioneren als oudere wat betreft wonen, dagindeling, activiteiten, contacten met familie, buurt en vrienden, hoe minder kans dat een vitale depressie doorzet. Mocht die toch niet tegen zijn te houden, dan is tegenwoordig een psychiatrische behandeling vaak succesvol.

Tot slot is er de depressie die ontstaat als iemand bemerkt dat hij of zij geestelijk achteruit gaat: het zelf gewaar worden van een beginnende dementie.

## 8. DEMENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

'Eraf raken, kinds worden, je benul verliezen'. Een schrikbeeld voor vele oudere mensen. 'Het is best prettig om oud te worden, als je hoofd maar goed blijft', zeggen veel mensen. Over dementie zijn in het Nederlandse taalgebied tientallen boeken geschreven. Het spreekt erg tot de verbeelding en veel ouderen zijn er dan ook mee bezig. Dat blijkt bijvoorbeeld wel uit het feit dat de roman van Bernlef, 'Hersenschimmen', in 1984 uitgekomen, in 1986 al aan zijn zeventiende druk toe was. Prachtig beschrijft hij hoe een man van 71 jaar dement begint te worden. Hij begint

allerlei kleine huishoudelijke dingetjes te vergeten. Kleine herinneringen uit het verleden gaan zijn gedachtenwereld overheersen. Hij wordt onzeker en in heldere perioden 'breekt hij zijn hoofd' over wat er toch met hem gaande is. De 'korte inprenting' zakt weg, zodat je vergeet wat je 15 seconden geleden van plan was te gaan doen. Dat hebben we allemaal weleens en het is niet typisch voor dementie. Veel belangrijker is het dat de stapels 'herkenningsbeelden' waarmee de computer van onze hersenen voortdurend de werkelijkheid vergelijkt, begint te verbleken en in flarden gaat. Een theekopje wordt dan gezien als een wit plekje met een krulletje eraan, waarvan de naam en functie vervlogen zijn omdat het herkenningsbeeld waarmee we het vergelijken, verloren is gegaan. Wanhopig en dan weer lachend probeer je de fladderende snippers ervan te vangen en telkens heb je een stukje en licht herkenning van iets ineens even op. Maar het verscheuren van de beelden gaat voort, tot je niets en niemand meer kan herkennen en onder in de stapel slechts de oudste beelden overblijven in de leegte van een ongrijpbare wereld.

Het is in het verhaal vlug verlopen. Dat komt vooral voor bij echte ziekten van de hersenen, waarbij de hersencellen worden aangetast. Vaak is dat de ziekte van Alzheimer, maar ook kan het gebeuren door andere oorzaken, bijvoorbeeld doordat zich een gezwel in de hersenen ontwikkelt. Ook met de modernste medische therapieën is er meestal geen genezing te bereiken. Maar behalve deze organische dementie-vormen zijn er gelukkig ook andere. Vaak gaat het om 'functionele' dementie of 'pseudodementie', waar je wél wat aan kan doen! Vooral wat betreft het voorkómen ervan. Daar moeten we het dus vooral over hebben.

Zelfredzaamheid om dementie te voorkomen. Hoe werkt dat? De eerste, heel voorname mogelijkheid hebben we al eerder bekeken: voorkom dat je vereenzaamt. Je kan het in de eerste plaats zelf voorkomen door contacten te zoeken en op te bouwen, niet door erom te vragen maar door met anderen actief iets te gaan doen en je remmingen te overwinnen. Ook mantelzorg vanuit de omgeving van iemand die vereenzaamt, kan hier geweldig heilzaam zijn. Dr. Hoogerwerf schrijft: 'De invloed van vereenzaming, van gebrek aan medemenselijke contacten, kan niet gemakkelijk overschat worden'. Maar er is veel meer!

Mensen die geestelijk wat kwetsbaarder zijn geworden, moet je zo veel mogelijk in hun vertrouwde omgeving laten. Zelfs een opname in een ziekenhuis, waar je ineens omringd bent door uitsluitend vreemde mensen

en een vreemde omgeving, kan leiden tot de instorting van iemands geest. Die was dan als een keurig kaartenhuis dat een 'windstoot' niet verdragen kan. Zo'n 'windstoot' is ook een plotselinge persoonlijke ramp. Een collega die veel functies in zijn welbestede leven had bekleed was met emeritaat gegaan. Opgewekt en met veel plezier was hij begonnen om allerlei gegevens te ordenen en een autobiografie te schrijven, toen zijn huis afbrandde en hij alles verloor. Hij raakte in een diepe depressie en een half jaar later was hij weggezaakt in een zware dementie en moest hij worden opgenomen.

Een vrouw van 73 verloor haar partner. Ze kwam haar verdriet niet te boven. Ze 'begon te malen'. Kan je daar dan iets aan doen? Soms niet, soms wel. Probeer zo lang je geest helder is, je niet al te zeer te hechten aan je dierbare dingen. Probeer uit het ziekenhuis weg te blijven, bijvoorbeeld door dat rotmatje waar je al eens bijna over struikelde eruit te gooien. Een heup breken betekent immers ziekenhuisopname. Doe geen boodschappen als het buiten glad is. Dat is nu echt iets om vriendelijk aan je burens te vragen. Zulke eenvoudige dingen.

Dan zijn er nog de lichamelijke oorzaken die dementie als nasleep kunnen hebben. Uit heel wat onderzoek is komen vast te staan dat het hier zelfs om wel twee tot drie op de tien gevallen gaat. Allereerst noem ik de 'ongezonde leefwijze'. Daarmee is hier vooral bedoeld, onverstandige eenzijdige voeding met vitaminegebrek, te weinig eiwitvoeding, geen afwisseling en het voortdurend gebruik van te veel alcohol. Dat vinden die hersencellen niet prettig, want die hebben hun eigen stofwisselingseisen. Het gebruik van geneesmiddelen meer dan strikt nodig is, kan ook de werking van hersencellen storen.

Ook zuurstof hebben ze in voldoende hoeveelheid nodig. Als ze daarvan te weinig krijgen is dat schadelijk. Dat kan gebeuren bij ernstiger bloedar-moede, want het bloed vervoert immers de zuurstof van de longen naar de hersenen. Als de longfunctie gestoord is of de bloedsomloop, kan dat een soortgelijk effect hebben. Kortom, als er verschijnselen ontstaan die op een beginnende dementie wijzen, is een grondig poliklinisch lichamenlijk onderzoek beslist aan te raden.

Wie hier nu kennis neemt van al die verschijnselen, heeft een flinke kans op de 'candidaten-ziekte' zoals die vroeger genoemd werd bij de opleiding tot arts. Je hoort de symptomen van een ziektebeeld en denkt bij jezelf,

'verdorie, dat heb ik ook'. Geheugenverlies? Jazeker, vaak als ik iets ga halen kom ik in de andere kamer en denk, 'wat moet ik hier ook alweer hebben'. En namen onthouden gaat ook al moeilijk. En ik denk vaker aan mijn jeugd terug.

Is er dan echt wat aan de hand, of beelden we ons wat in?

Een 34-jarige man zegt: 'Ach Elly, hoe heette toch ook weer dat aardige mens in onze reisgroep die altijd die groene jurk droeg?' Zij: 'Ja, och hoe heette die, ik kan het honderd keer zeggen'. Na een half uur roept ze: 'Annebelle heette ze. Het valt me ineens in'. Een 74-jarige man zegt: 'Ach Anna, hoe heette toch ook weer dat aardige mens...' enzovoorts.

Het jonge stel zal geen moment denken dat ze 'dement' aan het worden zijn; het oude stel kijkt elkaar bezorgd aan en denkt: 'mijn geheugen gaat toch wél achteruit'.

Moeilijker nieuwe dingen onthouden hoort wel bij de ouderdom, maar dat heeft niets met dementie te maken! Het is jammer wanneer mensen ten gevolge van meer informatie, zich spookbeelen op de hals gaan halen. Niet voor niets bestaat het bekende rijmpje: 'De mens die lijdt het meest, door het lijden dat hij vreest...'

Uit het bovenstaande kleine overzicht is al duidelijk dat het eigenlijk onjuist is om van 'dementie' te spreken alsof dat één bepaalde ziekte zou zijn. Er zijn zoveel oorzaken en zoveel stadia, en zoveel soorten en zoveel haast onmerkbare overgangen van 'normaal' (wat is dat trouwens) naar abnormaal (en waar begint dat dan?), dat het onmogelijk is om het aantal 'gevallen' te tellen. De psycholoog Brouwer noemt dementie dan ook een 'vuilnisbak-begrip'. Het verschijnsel is bovendien niet aan de 65-plus leeftijd gebonden en kan op veel jongere leeftijd voorkomen. Het is dus niet zonder meer een 'ziekte van de oude dag'. Hoeveel 'kans' heb je erop boven de 70 jaar? Van de rond 1.900.000 65-plussers in 1990 zal circa 1 op de 10 lijden aan een of andere psychische stoornis. Slechts een deel daarvan zal het etiket 'dement' opgeplakt krijgen. Daarvan is echter eenderde niet 'echt dement', dat wil zeggen lijdende aan de ziekte van Alzheimer. Een punt dat wat meer houvast biedt is het aantal bejaarden dat opgenomen is in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Dat is van een grootte-orde van 1 op de 100 65-plussers. Het blijkt dus dat de kans dat een 65-plusser dement wordt, minder is dan 1 op 10. Het is verder niet zo dat de kans gelijk oploopt met de leeftijd en je dus meer 'Alzheimers' zou zien

naarmate de mensen ouder worden. Rond het zeventigste jaar treedt de ziekte het vaakst op en bij ouder worden neemt de kans dat je het alsnog krijgt, langzaam af, om na het tachtigste jaar weer te gaan klimmen. In de kranten vind ik nogal eens verontrustende berichten die voor de komende jaren 'een epidemie van dementie' voorspellen. Dat is halfverteerde kletsboek! Er komen steeds meer hoogbejaarden en als gevolg daarvan neemt het aantal lijdens aan dementie toe, bij volstrekt gelijkblijvende kans. Je zou dus eigenlijk moeten spreken van een 'epidemie van hoogbejaarden'.

Vergelijken we de verschillende cijfers dan blijkt dat maar een betrekkelijk klein gedeelte van de demente bejaarden in verpleeghuizen verblijft. De meesten wonen dus nog thuis. De hoogstbelangrijke vraag is nu: Hoe kan dat? Hoeveel zelfzorg is er dan nog en wat presteert mantelzorg hier? Dat verschilt van geval tot geval en is sterk afhankelijk van het stadium waarin de zieke verkeert.

In het begin zijn meestal de korte inprentingsstoornissen het opvallendst. Hij wordt 'vergeetachtig' maar dan wel zo erg dat allerlei dagelijkse handelingen erdoor gestoord kunnen worden. Geen boodschappen doen; weg kwijtraken; afspraken vergeten; vergeten wat je aan het doen was. Er ontstaat door de vergeetachtigheid ook een verlies van tijdsbesef en dagverloop. Het gewone dag/nachtritme kan zelfs helemaal omkeren. Als ook niet enkel namen, maar ook gezichten vergeten worden, kunnen geen nieuwe contacten gemaakt worden. Zelfzorg voor ADL-functies is nog geheel of grotendeels intact, maar mantelzorg moet toch 'het stuur' van de patiënt overnemen. De mantelzorger zit op een foute toer als hij of zij de patiënt voortdurend corrigeert. Zo van 'Maar pa, je weet toch wel dat ik eergisteren nog bij je was. En nou zeg je dat je me in geen jaren gezien hebt. Verdorie, de sigaar die je daar zit te roken heb ik eergisteren nog voor je meegebracht'. Ergernis bij de een, ergernis en schaamte bij de ander. Nee, een liefdevol 'mee-deinen' met de patiënt, daar gaat het om. Aanvullen wat hij mist en waarover hij tobt, ook al is hij dat even later weer vergeten. Als een oude vrouw zeurt over een beloofd bezoek van haar al dertig jaar geleden gestorven moeder, is het beter om te zeggen dat ze binnenkort vast en zeker komt, dan het te gaan ontkennen. Die belofte verdwijnt ook weer in de duisternis en morgen wordt de vraag herhaald. Geeft niet! Geduld en liefdevol sturende begeleiding maken een mantelzorger tot een waarachtige zegen voor een lijder aan dementie.

Moelijker wordt het wanneer stoornissen dieper worden. Ondraaglijke onrust, achterdocht, karikaturale uitgroei van de vroegere minder gunstige karaktereigenschappen, spraakverval tot brabbelen met weinig woorden, neiging tot vervuiling en riskant gedrag gaan de mantelzorger zwaar en soms tot het uiterste belasten. Maar moeten die arme patiënten dan niet allemaal worden opgenomen? Het is thuis toch niet te doen? Laten we niet te gauw en te makkelijk oordelen. Door opname gaan ze vrijwel zeker verder achteruit en wordt er onzegbaar en onuitspreekbaar verdriet geleden. Maar de mantelzorgers zijn dan toch maar mooi van een last verlicht! Ja, maar pastor Marinus van den Berg wijst op schuldgevoelens die hij in zulke omstandigheden heeft waargenomen. De mantelzorger ervaart immers vaak in de zorg voor een demente partner of soms ook ouder een geweldige levensopgave. Wel is het dringend nodig om de mantelzorgers zelf een flinke steun te geven, niet enkel vanuit familie en vrienden, maar ook vanuit begeleiding en hulp door beroepskrachten. Als ook de ADL-functies van de patiënt het laten afweten, wordt het handhaven in diens eigen omgeving meestal onmogelijk en moet opname plaatsvinden. Het is overigens verbazend waartoe een familie in staat is, onder gunstige omstandigheden. Het boek van de broers Jury 'Een man wordt oud en sterft' is in tekst en foto's een schokkende getuigenis hoe erg het was en hoe gewoon het ook allemaal eigenlijk afliep. Wie meer wil weten van de belevenissen van mantelzorgers moet het kleine boekje eens lezen met interviews door Mia Duijnste: 'Ze lacht nog wel als ze me ziet'. Een man vat zijn relaas over zijn vrouw heel helder samen: 'Dementie is een proces dat heel verschrikkelijk begint. Angsten, onrust, twijfel, verwardheid, paniek. Als je zo moet sterven zou dat vreselijk zijn. Maar de natuur is genadig. Ze zorgt dat alles wegvalt en daarmee verdwijnt ook de angst voor wat de toekomst brengen zal. Met wat er is overgebleven zijn we gelukkig. Gelukkiger dan toen ze nog kon lopen en alle dagen hilde. Toch twijfelde toen niemand aan de kwaliteit van haar bestaan. Nu wel.' Het boek 'Psychogeriatric thuis', van Duijnste, Erkens en Sipsma (uitg. Versluys, Almere, 1987.) kan mantelzorgers veel informatie en steun geven.

## 9. ZELFHULPGROEPEN EN PATIENTENVERENIGINGEN

We moeten nu nog spreken over een bijzonder netwerk van genoten dat

pas eind van de zestiger jaren in opkomst kwam: het lotgenoten-netwerk. Als mensen getroffen worden door eenzelfde moeilijk levenslot, of een ramp zoals het plotseling verlies van een kind of door een chronische ziekte die men verder door het leven moet meetersen, dan kunnen contacten en gesprekken met andere mensen met eenzelfde probleem een geweldige steun betekenen. Men is genoten geworden door eenzelfde lot, en dat blijkt een grote verbondenheid te kunnen geven. Het oude spreekwoord 'gedeelde smart is halve smart' is werkzaam. Je voelt je niet meer alleen met je probleem. Er komt bovendien ook heel wat praktische informatie uit voort. Mensen kunnen 'hun hart luchten'. Als je een nieuwe lotgenoot steun geeft vanuit je eigen belevenis en ervaringen is dat bovendien voor jezelf ook heel heilzaam. De helper wordt door het helpen van een ander, ook zelf geholpen (Riesmann). Een kringetje van lotgenoten bestaat al als er twee zijn. Duizend lotgenoten vormen een patiëntenvereniging. Maar het meest werkzaam is de kleine groep van 5 tot 10 personen. Die worden naar Amerikaans voorbeeld 'zelfhulpgroepen' genoemd. Er zijn tegenwoordig zelfhulpgroepen voor allerlei ziekten, afwijkingen en levensmoeilijkheden. Wat voor mogelijkheden liggen er hier voor ouderen? We beperken ons tot zelfhulpgroepen die er bestaan. Ze kunnen als voorbeeld dienen, want op dit gebied kunnen nog 'honderd bloemen bloeien' en het mooie is dat iedere oudere die met een levensprobleem kampt, zelf het initiatief kan nemen om een zelfhulpgroep te vormen. Daar is niemand's toestemming voor nodig. Het lukt met alleen maar wat creativiteit en enthousiasme. Hoe werkt dat dan? Het is niet een soort 'vereniging' met een voorzitter. Dan mag je allemaal pas wat zeggen als je aan de beurt bent en dan moeten er leden geworven worden en contributies betaald. Niets daarvan. Het is heel vrijblijvend en informeel. Men komt bij elkaar, liefst bij iemand thuis. Dat moet men afspreken en men praat er met elkaar en als je bepaalde vragen hebt dan kan je die voorleggen aan een echte collega, die met hetzelfde tobt als waar jezelf mee zit. Dat geeft vaak heel veel steun om de moeilijkheden te verwerken. Het verlicht als het ware je draaglast. Er moeten dus geen 'deskundigen' aan zo'n groepje meedoen. De deelnemers zelf zijn de deskundigen, want zij hebben allen ervaring met eenzelfde probleem. Een arts of een verpleegkundige kan eens een keer als gast worden uitgenodigd, maar meer ook niet. Zo'n groepje hoeft niet jarenlang te blijven bestaan. Er gaan mensen weg die het niet meer nodig

hebben en er komen misschien nieuwe bij. Als voorbeeld nemen we een zelfhulpgroep van mantelzorgers van een demente partner.

Die hebben een heel zware opgave! Eerst een hele tijd van 'gespartel' tegen geheugenverlies. Je vertrouwt de ander niet meer met het gas, met uitgaan en de vergeetachtigheid bij boodschappen doen. Je kan haast niet meer weg. Als het erger wordt en er een diepe terugval in het verleden komt naar lang gestorven ouders die maar niet op bezoek willen komen, of als je na 41 jaar huwelijk door je partner niet meer herkend wordt, dan is dat een loodzware opgave. Die opgave wordt met bewonderenswaardige toewijding in ons land door tienduizenden volbracht, ieder op zijn eentje. Kleine groepjes van zulke mantelzorgers in dorp of wijk bij elkaar in de buurt, bleken enorm veel troost, steun, informatie en hulp bij elkaar te kunnen vinden. Dit gebeurt nog op veel te kleine schaal. Dienstencentra, wijkverpleegkundigen, pastores, bejaardenhelpsters en gezinsverzorgsters kunnen helpen met het doorgeven van adressen van lotgenoten, zodat ze, als ze dat willen, elkaar kunnen vinden. Vreemden blijken elkaar vaak nog beter te begrijpen en te kunnen helpen dan familieleden.

Nog een voorbeeld, van mensen met reuma. Onder de ouderen vormen patiënten met reuma en arthrosen een heel grote groep. In Nederland lijden er rond 300.000 aan reuma. Daarvan zijn er 30.000 aan huis en zelfs deels aan bed gekluisterd. Wat hebben ze van elkaar veel te leren! En ook hun mantelzorgers. Duizend dingen van alledag die geen dokter of verpleegster je zo helder kan vertellen. Een oude vriend van me (68) schrijft: 'De meeste steun en troost ondervind ik als reumapatiënt van mijn 'mede-lijders', die ik niet alleen bij de therapie tref, maar ook vaak op bijeenkomsten van de plaatselijke vereniging van reuma-patiënten. Van hun ervaringen trek ik profijt; hun succes tegenover een ongunstige prognose van de specialist is mijn hoop. Misschien zal ook ik gaan behoren tot de groep van hen bij wie de reuma rond 70 jaar wordt 'uitgeblust': vergroeiing en machteloosheid blijven, maar de pijn is weg. Zo niet, dan kan ik met 'gewone' reuma, goed bij mijn verstand, toch nog heel oud worden'. Sluit je dus niet op, maar sluit je aan!

Gemeenten kunnen voor weinig geld zelfhulpgroepen stimuleren. Zo stelde de gemeente Eindhoven aan de 108 zelfhulpgroepen in die stad vrije vergaderruimte ter beschikking alsmede alle porto voor benodigde briefwisseling etc. Een mooi precedent!

Behalve zelfhulpgroepen zijn er ook de **patiëntenverenigingen**. Er bestaat bijvoorbeeld een Diabetes Vereniging Nederland. Mevrouw Pennings

heeft aan 'mijn' instituut bij de Utrechtse universiteit in opdracht van die vereniging een onderzoek gedaan naar zelfzorg van diabetes-patiënten. Het bleek dat mensen die contact hebben met de internist en de vereniging het meest aan zelfzorg voor hun ziekte doen. Dat is belangrijk, want zelf kan je het vaakst controleren of je bloedsuiker in orde is. 12 % van de ondervraagden controleert alleen het suikergehalte in de urine. Dat is tegenwoordig onvoldoende. Men kan zelf ook de bloedglucose heel goed vaststellen. De meerderheid van de suikerpatiënten die insuline gebruiken doet dat ook. Je bent daardoor minder angstig, hebt minder kans op complicaties wat het gezichtsvermogen, de nieren en wat de bloedvoorziening van de benen betreft, en hoeft minder vaak te worden opgenomen. Maar de informatie over de bloedsuikerregulatie moet dan wel heel goed zijn. Zonder voorlichting en contact zoals de DVN bieden kan, staat een suikerpatiënt er minder goed voor.

Hier hebben we dus een patiëntencontact waarbij niet de emotionele behoeften en levensvragen op de voorgrond staan, maar veeleer technische voorlichting. Zorgwekkend is, dat naarmate mensen ouder worden, ze meer gaan 'sloffen' met hun zelfzorg! Ook blijkt dat hoe lager iemands opleiding is, hoe minder hij tot zelfzorg gemotiveerd is. Dat hoeft nu toch ook niet meer, jezelf discrimineren!

Gelukkig is 'ouderdomsdiabetes' veelal lichter van aard dan jeugd-diabetes, maar bij de tegenwoordige behandelingsmethoden kunnen jeugd-diabetici ook oud worden. Dus!

Voor allerlei ziekten, handicaps en maatschappelijke problemen bestaan zelfhulpgroepen en/of verenigingen. Maar dat kan iedereen met een minder vaak voorkomend probleem zelf wel vinden in de boekjes met adressen of van de huisarts of specialist te weten komen.

Er zijn nu twee verschillende soorten groeperingen aan de orde geweest: de kleine, vrijblijvende, plaatselijke 'praatkringen' die de echte zelfhulpgroepen zijn, en daarnaast de patiëntenverenigingen. Die zijn dus veel formeler. Je moet er lid van worden en contributie betalen. Ze hebben meestal een eigen tijdschrift of nieuwsbrief. De verenigingen hebben mogelijkheden en doelstellingen die van de zelfhulpgroepen verschillen. Ze zijn instrumenten van macht. Ze kunnen druk uitoefenen op de publieke opinie en op de politiek, want ze zijn vertegenwoordigende lichamen van veel mensen met een bepaald groepsbelang. Het geven van informatie kunnen ze natuurlijk ook goed doen. Maar ze missen datgene wat nu juist de echte, kleine zelfhulpgroep het beste kan: een mens uit zijn

eenzaamheid halen en grote morele en emotionele steun bieden door het intieme persoonlijke contact met lotgenoten. Verenigingen doen er goed aan, als ze hun leden opwekken om ter plaatse zelfhulpgroepen te stichten en daarbij behulpzaam te zijn. Lid zijn van een patiëntenvereniging; meedoen met een zelfhulpgroep; dat zijn de duidelijkste voorbeelden van wat ik al eerder genoemd heb en aanbevolen: competentie-verhoging van je eigen zelfzorg en mantelzorg.

## 10. VRIJWILLIGERSHULP

Als zelfredzaamheid in de knel raakt, zijn er nog meer hulpgroepen dan we al genoemd hebben: het toenemende aantal mensen die vrijwillig een (kleine) taak op zich nemen, want er zijn in de groeiende thuiszorg nog heel wat gaatjes te vullen. Omdat bovendien de geldstroom voor deze ontwikkeling beperkt is, moet een groter beroep gedaan worden op vrijwilligers. In de gezondheidszorg is dat niet zo verrassend, want er zijn daar altijd al veel vrijwilligers geweest. Bovendien zijn er in het verleden vrijwilligers-initiatieven geweest, die zozeer in een behoefte voorzagen dat er nieuwe beroepen uit voortkwamen! Er moet dus een gemakkelijke 'verstrengeling' mogelijk zijn van vrijwilligerswerk en beroepsuitoefening. De Rijksoverheid is het vrijwilligerswerk in de tachtiger jaren flink gaan stimuleren, zoals uit heel wat nota's en rapporten blijkt. Voor ouderen gaat de hulp van vrijwilligers nu al, en veel sterker nog in de toekomst, een steeds grotere factor worden die het mogelijk maakt om het thuis te kunnen blijven bolwerken. In de Haagse stadsgids vind ik bijvoorbeeld onder het hoofd 'maatschappelijk hulpbetoon' een hele reeks van burenhulpgroepen vermeld. Uitstekend! Er wordt over zulk 'initiatief van burgers' (Van der Marck, 1984) tegenwoordig veel onderzoek gedaan en geschreven (zie bijvoorbeeld 'Vrijwilligers tussen betaald en huishoudelijk werk' van E. van Luijk en R. de Bruijn). Deze onderzoekers zeggen: 'De beperkte financiële middelen kunnen het voor de overheid ondoenlijk maken om in de toekomst op een vergelijkbare schaal als tot dusverre het geval is via subsidiëring van beroepszorg in allerlei maatschappelijke behoeften te voorzien. Deze vooruitzichten dwingen tot een bezinning op de vraag of in de toekomst het georganiseerde vrijwilligerswerk, althans voor een deel, een alternatief zou kunnen zijn voor het betaalde werk in de sfeer van de verzorgende sector.'

Er is immers werkloosheid, terwijl er tal van behoeften aan hulp, zorg en werk onbevredigd blijven, omdat beroepswerk voor haast alle particulieren onbetaalbaar is, en nu eindelijk ook voor de overheid. Deze uitspraken zijn niet louter de mening van een paar onderzoekers. Ze zijn neergelegd in een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 'Daar heb je het dus al', zegt een aantal beroepszorgverleners, 'onze banen gaan eraan'. Je draait dan echter de zaak om. Banen die nu al niet betaald kunnen worden, laat staan in de toekomst, **blijven** niet onbezet maar kunnen hopelijk door uitbreiding van het vrijwilligerswerk toch vervuld worden, zeer ten voordele van het toenemende leger van de zeer oude mensen van 80, 90, 100 jaar. Ik overdrijf niet. Er waren op 1 januari 1986 al 43.781 Nederlanders boven de 90! In het jaar 2000 moet gerekend worden op circa een half miljoen mensen boven de 80 jaar!

Is vrijwilligerswerk eigenlijk toch niet onbillijk? Dat denk ik niet. De hele technologie leidt er immers toe dat we steeds meer met steeds minder mensen kunnen produceren. Dat betekent dat er uiteindelijk een grote herverdeling van arbeid zal moeten komen. In de overgangperiode die wel tientallen jaren kan duren, zal het vrijwilligerswerk het groeiend gat in de zorgverlening kunnen en moeten vullen. Daarom zullen ook veel vitale ouderen naar vermogen eraan moeten deelnemen. Dat is dan bijzonder gunstig, want vrijwilligerswerk is in veel opzichten welzijnsvormend, ook voor de vrijwilliger zelf. Het heeft veel gemeen met een hobby. Je bent er actief mee bezig zodat de rust-roest-regel geen kans krijgt. Het geeft een stuk zin aan je bestaan; je beleeft er vaak voldoening aan; het levert veel sociale contacten op; het kan heel afwisselend zijn. Een bezwaar is wel dat de dikwijls zwaarste, onaangenaamste en moeilijkste zorg blijft liggen voor de beroepsmensen!

Er zijn al tal van vrijwilligersorganisaties, zoals de Unie Van Vrijwilligers, de Zonnebloem, bejaardensociëteiten, Tafeltje-dek-je, gymclubs voor ouderen, vriendschappelijk huisbezoek, klussenclubs voor ouderen in dorp of stadswijk, meewerken aan dienstencentra, enzovoorts. Maar net als in de eerstelijns beroepszorg is ook hier de versnippering te groot. Daardoor is hulpverlening door vrijwilligers voor menige oudere moeilijk herkenbaar en moeilijk te vinden. Het wemelt nog van de kastjes en muren. Dorps- en wijkinformatiepunten, opgezet en bemand door vrijwilligers, zouden hierin grote verbetering kunnen brengen. Een utopie? Op Java vond ik ze haast overal! Met keurige telling en registratie

van wat er in dessa of kampong aan behoeften bestond en wat er aan hulpverlening beschikbaar was. En denk niet dat het maar om amateursgedoe ging. Ik vond er moderne Amerikaanse boeken over statistische methoden! En wij maar kibbelen en touwtrekken in plaats van de handen ineen te slaan, minstens op het gebied van informatie- en registratiepunten!

Zijn ouderen wel te porren voor club- en verenigingswerk? Braam c.s. vermelden in hun boek 'Ouderen in Nederland' dat ongeveer eentiende van de ouderen tussen 65 en 75 jaar vaak aan verenigingsactiviteiten deelneemt. Bij 75-plussers is dat de helft lager. Bij clubs en sociëteiten is het deelnamepercentage iets lager. Dat is dus niet erg veel. Ondanks het feit dat ouderen meer tijd hebben, blijken ze er meestal in dit opzicht minder mee te doen dan de middelbare leeftijdsgroepen die zoveel minder tijd ter beschikking hebben.

## 11. MANTELZORG BIJ EEN LEVENSEINDE

Iemand kan nog zo graag thuis willen sterven, maar dat kan toch enkel maar als er mantelzorgers zijn die dat aandurven. Het is zoveel makkelijker om het van je af te zetten. 'Het is thuis toch niet te doen. Al die ellende en rompslomp kan toch helemaal niet! In het ziekenhuis is hij toch veel beter af. Daar hebben ze verstand van wat er gebeuren moet. Stervensbegeleiding en zo. Heel ingewikkeld. Ik heb weleens iets gelezen over allerlei stadia van Kübler-Ross. Maar bovendien, ik kan er totaal niet tegen! Iedereen zal daar begrip voor hebben. Maar aan de andere kant, thuis sterven heeft zoveel positieve waarden voor de stervende. Als familie besluit om de zorg voor de laatste levensperiode van een dierbare op zich te nemen, komt al gauw een aantal vragen. Hoe moeten we helpen en waarvoor moeten we zorgen. Bestaan daar cursussen voor? Dat zijn vragen van het verstand, maar ik denk dat het allerbelangrijkste is om te doen wat het hart een mens ingeeft. Misschien is er aan een sterfbed wel niets belangrijkers dan er stil naast te zitten en je hand op die van de stervende te leggen. Geen woorden kunnen zo sterk zijn als de levensstroom die uitgaat van een warme liefdevolle aanraking. Het is het voortdurende stille symbool van nabijheid en liefde. Maar vóór het echte 'sterfbed' er is, kan er nog zoveel tussen mensen gebeuren. Hoe goed is het

als in rust en vrede alles geregeld kan worden wat er te regelen is en bij kan dragen aan een waardig levenseinde en een waardig omgaan met de dode, als daaraan 'de laatste eer' bewezen moet worden.

Mantelzorg rond een levenseinde moet niet door een hele drom familieleden worden gedaan. Eén of twee personen blijkt meestal het beste. Alles moet liefst zo lang mogelijk zo gewoon mogelijk doorgaan. Als het nodig is kunnen gezinszorg, wijkverpleging en huisarts bijspringen. Moet er gewaakt worden, dan is het zaak dat de mantelzorger(s) zich niet totaal uitputten door dat ook allemaal zelf te willen doen. Dan is een beroep op andere familieleden, een goede buur of vriend op zijn plaats.

De laatste levensfase, de 'terminale fase', kan soms maanden en maanden duren. Uit een onderzoek van Keane en medewerkers bleek dat terminale kankerpatiënten daarvan gemiddeld 80 % van de tijd thuis verblijven en maar 20 % in het ziekenhuis. De zorg kan dus niet alleen zwaar maar ook langdurig zijn. Steeds meer is er daarbij begeleiding en steun te verkrijgen van buiten. Die is niet enkel op de vertrekkende gericht, maar evenzeer op de mantelzorgers. Er is bijvoorbeeld een 'Stichting terminale thuiszorg Amsterdam', een landelijke 'Stichting Nederlandse Hospice beweging' die in alle steden 'Hospice-groepen' wil oprichten. Die werkt weer nauw samen met de 'Stichting Nederlands Centrum voor begeleiding bij Terminale zorg'. Prachtig als dat allemaal verder uitgroeit, maar aan de andere kant moeten we oppassen dat we het sterven niet óók alweer te veel gaan professionaliseren. Zo in de Gouden Gids: stervensbegeleiding als een 'artikel' dat je aanschaft, tussen stereo-apparaten en steunzolen in.

Bij de beroepshulpverleners vind ik niet steeds een pastor vermeld. Merkwaardig, want juist bij het naderen van het geheim van de dood vraagt een mens vaak naar 'de dingen' die je niet zien kan, noch begrijpen. Ook wie niet kerkelijk is mag een beroep op een pastor doen. Pastores en religieuzen deden eeuwenlang hun stervensbegeleiding ter ere Gods en om niet. Uit het rapport van de Stichting Terminale Thuiszorg Amsterdam bereken ik de begeleidingskosten 'per geval' op rond 5000 gulden. Toch ook weer iets om even bij stil te staan. Ook zonder professionele begeleiding stierf volgens een onderzoek van het CBS in 1981 48 % van de overledenen in een instelling en 44 % thuis, althans niet in een instelling. Van 8 % was de plaats van het sterven niet bekend.

De zorg voor hun dode is de laatste zorg die genoten geven kunnen, de 'laatste eer'. Daar is eeuwenlang veel aandacht aan besteed, maar mét de taboe rond de dood werd het lijk een nare bijkomstigheid. Het diende zo snel en geruisloos mogelijk weggewerkt te worden in een koel-la van een rouwcentrum. Vaak was er meer aandacht voor de vraag wat er met opa's antieke kast ging gebeuren dan met opa's lijk. Lijk zeg je trouwens niet, want dat klinkt te griezelig; het heet 'stoffelijk overschot'. Het is overgeschoten. Waar moet je dan je 'laatste eer' aan bewijzen? En trouwens, hoe moet dat dan? Er is geen echt ritueel meer voor. Bij crematies een toespraakje, een paar muziekstukjes, een bedankje en een receptie met broodjes, terwijl de kist op het podium is blijven staan. Het zijn de eeuwen door vooral de religies geweest die rituelen rond dood en uitvaart hebben gedragen. Rituelen, ouder zelfs dan de mensheid, want verankerd in de natuur, zelfs al bij de dieren. Rituelen rond sterven en dood helpen om de verschrikking en het monsterlijke ervan leefbaar te maken; ze in cultuur te brengen zoals de boer een woest stuk land vol doornstruiken weet om te vormen tot een akker die vruchten voortbrengt. We zullen wel weer uit de woestijn komen om nieuwe wegen te ontdekken in het omgaan met sterven, dood, uitvaart, rouw, en misschien ook wel weer de rijkdom en troost van oude wegen hervinden.

## 12. 'ZORGMIX'

Wanneer meerdere 'soorten' hulpverleners bij iemands zorg betrokken zijn, spreken we van 'zorgmix'. Hierbij zijn vaak de krachten uit het veld van de zorgzame samenleving nauw vervlochten met die van de verzorgingsstaat. Dat is in zijn huidige omvang nog vrij nieuw en sterk in ontwikkeling. De namen 'thuiszorg' en 'thuisverpleging' ruiken nog naar de politieke keuken waarin ze gebakken zijn. Ze vragen om nadere invulling.

Voor ouderen die noodgedwongen hun 'zorgmix' zien toenemen, is het nuttig om er wat meer van te weten, want er bestaat nog veel misverstand. Wat kan onder allerlei belemmeringen nog wel door zelfzorg gebeuren en wat niet. Hoe ver kan mantelzorg gaan en welke grens moet beslist niet overschreden worden. Wat kunnen vrijwilligers wel en niet en wat is beslist het eigen domein van diverse vormen van beroepszorg?

We hebben in het voorgaande hier al over gesproken in het algemeen,







maar de kwestie is gecompliceerder omdat je niet kan spreken over 'de ouderen' en niet over 'de zorg'. Om de zaken wat meer op een rijtje te krijgen en daarmee tot een schematisch overzicht te kunnen komen, gaan we allereerst 'de bejaarden' uitsplitsen in groepen. Ik gebruik daarvoor de indeling uit een groot onderzoek naar de noden van bejaarden door de Leuvense professor Delesie, waarbij de verschillende leefsituaties als uitgangspunt zijn genomen.

### Ouderen in verschillende leefsituaties

1. alleenwonenden, aangepast en zelfredzaam
2. partners, aangepast en zelfredzaam
3. alleenwonenden met lichamelijk functieverlies
4. alleenwonenden met geestelijk functieverlies
5. partners waarvan één met lichamelijk functieverlies
6. partners waarvan één met geestelijk functieverlies
7. 'welgestelde' ouderen
8. ouderen met ADL-stoornissen

Welke van de verschillende zorgsoorten vormen dan de 'zorgmix' bij elke leefsituatie, en wat is globaal ieders bijdrage daarin.

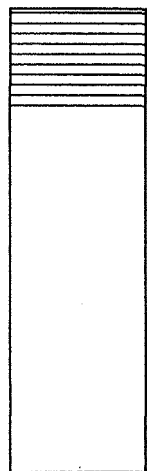
De 'zorgmix' per groep ouderen kunnen we nu schematisch in kolommen weergeven (zie blz. 142).

	zelfzorg	▷
	secundaire mantelzorg door verdere familie, burens of vrienden	
	mantelzorg door inwonenden	
	beroepszorg thuis	
	vrijwilligershulp	
	complexe beroepszorg thuis (thuisverpleging)	

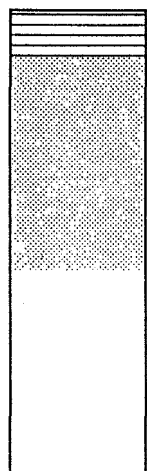
Een kolom geeft de relatieve verhouding aan tussen de diverse zorgsoorten in de desbetreffende groep ouderen. Het 'gemiddelde' is afgebeeld. Naarmate een stoornis lichter is neemt het (witte) veld van de zelfzorg toe, en omgekeerd.



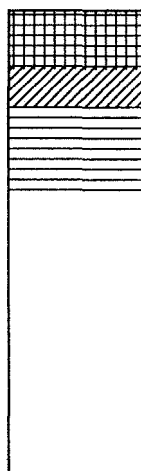
Zorgmix-kolommen voor de diverse groepen zelfstandig wonende ouderen



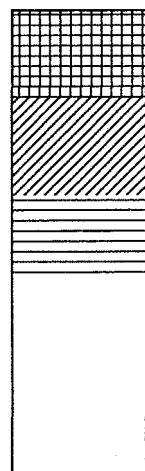
1  
alleenw.  
aangepast



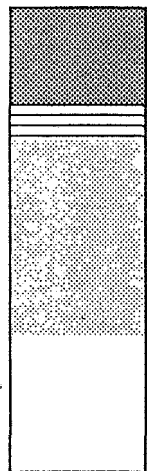
2  
partner  
aangepast



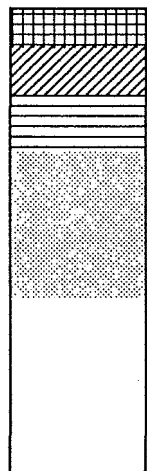
3  
alleenw.  
met lich.  
functieverl.



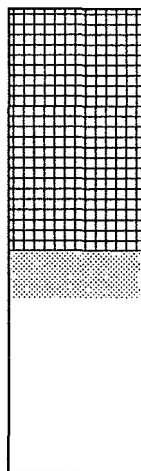
4  
alleenw.  
met psych.  
functieverl.



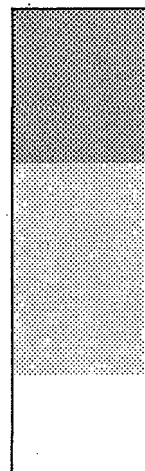
5  
partner met  
zwaar lich.  
functieverl.



6  
partner met  
psychisch  
functieverl.



7  
welgestelde  
oudere (tot  
voor kort)



8  
partner met  
ADL-stoor-  
nissen

- 1 en 2. Zonder beroepszorg voorzien ze geheel in hun zorgbehoeften.
3. Alleen thuis te handhaven als beroepszorg, vrijwilligershulp en voldoende secundaire mantelzorg bijspringen.
4. Als 3, maar in versterkte mate, vooral door de 'bewakings'-behoefte.
5. De zorgmix bestaat hier uit veel mantelzorg met steun van het secundaire netwerk, tesamen met inzet van het thuisverplegings-systeem (verplegende, verzorgende, fysiotherapeut, arts, enzovoorts).
6. Verschilt van de situatie van de alleenwonende, omdat veel mantelzorg beschikbaar is. De zorg kan niet, zoals onder 2, geheel aan mantelzorg worden overgelaten, want dan is de zorgverlener te zeer aan huis gebonden en wordt de taak te zwaar.
7. Iemand die het betalen kon, kocht zoveel hulp als hij of zij wenste (huishoudster, werkster, enzovoorts). Vergeleken met 2 is daardoor minder zelfzorg en mantelzorg nodig. We weten nu dat zoiets geen gezonde leefwijze voor ouderen is. Het opnemen van ouderen in een verzorgingshuis zoals ook zonder noemenswaard functieverlies in het verleden gebeurde, leek heel mooi (iedereen kon 'welgesteld' leven), maar is ongunstig gebleken. Het vergt bovendien onnodig en ongewenst veel beroepshulp.
8. Alleen thuis te handhaven met veel mantelzorg, gesteund door krachtige thuisverpleging.

## 6. THUIS KAN HET ZO NIET LANGER

### A. DE ALTERNATIEVEN

Een noodkreet of een afgewogen besluit? Meestal het eerste. Het zelfredzame bestaan is volgehouden en maar steeds meer volgehouden, tot op het tandvlees, in de vage hoop op een vage uitkomst: ineens weer wat beter gaan; of uitkomst door de dood, of een 'wonder'. Maar eindelijk komt dan toch de noodkreet: 'Ik vind het vreselijk maar ik kán het onmogelijk langer aan!'. De zelfzorg en het beetje mantelzorg van de alleenwonende knappen af. De mantelzorg van de partner stort in. Ook met alle hulp 'van buiten' kan het zo niet doorgaan. Het gaat er overigens niet enkel om of het technisch nog kan, maar ook of het leven op deze wijze nog de moeite waard is. De kwaliteit van het bestaan van zorgvrager én mantelzorger zijn mede in het geding.

Maar **waarom** ging het eerst nog wel en nu niet meer? Als je dat nagaat blijken er hele reeksen redenen te zijn die meestal samen de doorslag geven door een 'druppel' die erbij komt. De bekende druppel die de emmer doet overlopen, al heeft ze op zichzelf niet veel te betekenen. 'Het huis is te groot. Er moet een grote reparatie gebeuren aan het dak. Ik kan daar niet meer tegenop'. 'We wonen te eenzaam. Ik ben bang. De wereld wordt steeds onveilig'. 'Pas nog is een man vermoord van 83 jaar om hem te beroven'. 'Er is bij ons nu al voor de tweede keer ingebroken. Ik heb geen rust'. 'We wonen veel te ver van de kinderen vandaan'. 'Ik kan de boodschappen niet meer doen op deze grote afstand'. 'Je komt nooit meer in het stadscentrum. Je vervreemdt totaal van de wereld'. 'Het is voor de zuster en de dokter veel te lastig om hier te komen. Dagbehandeling is prachtig maar voor mij veel te ver weg'. De man heeft zijn heup gebroken en is een paar maanden niet in staat om voor zijn invalide vrouw te zorgen. Een stokoude vrouw is incontinent geworden. De dementie is te diep geworden. De mantelzorger is na vier jaren zorg totaal op. Iedereen vindt

het ook: het kan zo niet langer. Een ernstige reden die zich plotseling kan voordoen, is het verlies van de partner door dood of invaliderende ziekte, terwijl de ander juist afhankelijk was van de mantelzorg van die partner, of door gebrekkige zelfzorg niet gewend was om voldoende voor zichzelf te kunnen opkomen.

Weggaan is een zware beslissing, want je staat voor de keuze: je huis en je vrijheid en je inboedel voor een groot deel inleveren en in een 'inrichting' gaan. Het klinkt als een veroordeling tot 'levenslang', want niemand verwacht dat hij nog ooit weer 'op zichzelf zal wonen'. Je gaat meestal naar een inrichting voor altijd, tot je er door de achterdeur wordt uitgedragen. Moet dat nu, of is er nog ruimte voor iets anders? Ja, die is er. Vooral in de tachtiger jaren is men zich steeds meer gaan toeleggen op allerlei 'tussenvoorzieningen', tussen 'thuis' en 'inrichting'. Vele soorten woningen, want er zijn vele soorten mensen met vele soorten noden en er moet dus gekozen kunnen worden. Al die woonvormen vatten we samen onder de term 'beschermd wonen'.

Denk niet te gauw dat het wonen niet zo'n belangrijke rol in heel de toestand speelt. Uit onderzoek is gebleken (Moeskops e.a., 1983) dat verreweg de meeste ouderen tevreden zijn met hun woning. Ook al vinden we die volgens huidige normen moeizaam en onpraktisch. Men is eraan gewend en weet dan niet beter.

### B. BESCHERMD WONEN

Het RIW-instituut voor Volkshuisvestingsonderzoek van de Technische Universiteit Delft, heeft in samenwerking met de 'Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardenoorden' (LSB) en tal van andere organisaties op gebied van de ouderenzorg ook onderzoek verricht naar beschermd wonen. Bovendien zijn er in heel West-Europa allerlei initiatieven en experimenten over beschermd wonen in gang. Er is dus een zee van informatie. In het volgende zetten we alles eens op een rijtje. De beschermde woonvormen zijn als het ware toegesneden op de behoeften zoals we die hierboven hebben opgesomd. Die zijn niet louter te bevredigen door een ander soort woning, maar daarbij spelen nog meer factoren een belangrijke rol, zoals mogelijkheid van medebewoning, zorgafspraken, nabijheid beroepszorg, geografische ligging, uitzicht, vei-

ligheid, kosten, enzovoorts.

De voornaamste overweging voor verhuizing naar een beschermde woonvorm blijkt te zijn, de combinatie van een zelfstandige woonruimte met de garantie van hulpverlening, steeds wanneer die nodig is.

### 1. Service-flats

In deze tussenvorm woont men nog zelfstandig maar koopt daar tegelijkertijd een hoeveelheid dienstverlening bij, zoals bijvoorbeeld maaltijdvoorziening, schoonhouden flat, bewassing. Maar meer zorg bij toenevende lichamelijke of geestelijke invaliditeit moet toch veelal van buitenshuis komen. Hoe meer gemeenschappelijke ruimten er zijn en hoe meer hulpverlening, des te meer gaan de service-flats lijken op het verzorgingshuis oude stijl, maar dan voor beter gesitueerden in financieel opzicht.

### 2. 'Aanleun'-huisvesting

De verzorgings- en verpleeghuizen zijn natuurlijk niet stil blijven zitten toen het getij ging keren. Ze gingen zich bezinnen op het maken van woonunits, in en ook buiten de eigen gebouwen. Daar kan je dan toch nog veel van je privacy bewaren en ook je inboedel geheel of grotendeels behouden, terwijl men vanuit 'het huis' de soort en hoeveelheid hulpverlening kan krijgen die als aanvulling op eigen zelfzorg en mantelzorg nodig is.

Men heeft de rollen dus omgedraaid. In de tehuizen was alles gebaseerd op beroeps-zorgverlening. Zelfzorg en mantelzorg zaten in de marge. Die hoefden toen niet en waren maar lastig voor de organisatie die natuurlijk het makkelijkste werken kan met standaard-pakketten van hulpverlening. In deze tussenvormen is het juist andersom. Alles wat zelfredzaamheid nog kan, moet intact blijven. De beroepszorg neemt de zwaardere of specifieke klussen over, die thuis niet langer konden worden opgevangen. Deze tussenvoorzieningen vind je onder allerlei namen, zoals aanleunwoningen, kangoeroe-woningen (het 'jong' zit veilig bij moeder in de buidel en hoeft niet hulpeloos rond te springen), ADL-clusterwoningen, enzovoorts.

Het is te verwachten dat bij verdere ontwikkeling er duidelijke richtlijnen van de overheid zullen komen met betrekking tot de financiering van de kosten, de kwaliteit van de voorzieningen en de condities om naar zulk een

woning te kunnen verhuizen. Ja, het is een verhuizing en nog geen 'opname'.

### 3. Samenwonen

Een alleenwonende kan zich bij functieverlies minder goed en minder lang thuis handhaven dan een paar. Als er al een flinke invaliditeit is ontstaan, wordt het heel moeilijk om nog tot een samenwoningsrelatie over te gaan. Maar als er nog behoorlijke validiteit bestaat bij de twee toekomstige woonpartners, is samenwonen natuurlijk makkelijker te realiseren.

Er zijn verschillende 'modellen'. Men kan bijvoorbeeld iemand 'op kamers' nemen, zodat elk zijn vrijheid behoudt, maar daarbij wel een (wederzijdse) zorgafpraak maken. Het is een nogal zakelijk model. Moeskops hoorde daar meningen over van twee alleenstaande vrouwen: 'Nee, het is wel eens voorgesteld. Dan ga je er verder over nadenken. Het lawaai staat me niet aan. De trap en de overloop zouden teveel te lijden hebben. Je sleutel moet je geven en wie weet aan welke vreemden die wordt doorgegeven'. Deze mevrouw stond dus duidelijk niet 'voor het blok'. Maar het is wel zo, dat als ze echt voor het blok zou komen te zitten, het meestal te laat is om dan nog een medebewoonster te vinden. De andere mevrouw zei: 'Dat lijkt me een goed idee. We kunnen dan samen eten en drinken betalen. Ik heb de grote slaapkamer over, want ik slaap zelf in de kleine'. Een economisch motief is natuurlijk niet slecht, maar het is toch gebleken meestal te mager te zijn.

Samenwonen moet een echte 'symbiose' zijn. Ieder moet voldoende privacy behouden en moet verscheidene belangen hebben, zoals behoefte aan veiligheid, aanspraak, hulp voor de ene, woonvoordeel voor de andere. En dan nog geldt alles wat we al in het hoofdstuk over mantelzorg besproken hebben.

Heel het veld van samenleven, samenwonen en van voordeurdelen is in onze samenleving sterk in beweging. Dat komt vooral doordat velen een formele huwelijkssluiting op tal van gronden nalaten of afwijzen en door de veelbesproken 'woningdelers-regeling' voor bijstandcliënten. Er ontstaan daardoor allerlei nieuwe regelingen en wettelijke kaders. Het samenwonen of voordeurdelen door ouderen krijgt nog te weinig aandacht als één van de oplossingen voor veel problemen in een vergrijzende samenleving. Er bestaan ook nogal wat morele drempels bij veel kerkelijke mensen en weerstandsgevoelens bij kinderen. Soms speelt

onverwerkte rouw daarbij een belangrijke rol. Maar wij kunnen als ouderen al heel wat informatie putten uit de studies die op dit terrein gewijd zijn aan de jongere generaties (bijvoorbeeld '1 + 1 = samen', Wetenschappelijk Instituut van het CDA, 1986, rapport, 168 blz.).

#### 4. Woongroep, woongemeenschap

Verhuizen naar een woongroep, ook dat kan alleen als men het tijdig doet, voordat sprake is van te grote hulpbehoevendheid. Het beleven van een samenzijn dat zin heeft uit een oogpunt van menselijk contact, dat warmte schenkt, geborgenheid en nieuwe mantelzorgrelaties die beveiliging geven bij niet te zwaar functieverlies, vormen het pakket van ideeën en idealen dat een aantal oudere mensen aantrekt. Daartegenover staat een sterke schroom om de stap naar zulk een weinig vrijblijvende manier van leven te maken (Houben, Moeskops e.a.). Of men in die richting wil gaan, hangt dus erg af van persoonlijke voorkeur. Er is met zulke 'woongroepen van bejaarden' al heel wat ervaring opgedaan. Bad Segeberg in Duitsland heeft in Nederland het initiatief aan het rollen gebracht. Daar was een gemeentelijk bejaardenoord oude stijl omgezet in een woongemeenschap waar een veertigtal bewoners met een gemiddelde leeftijd van 82 jaar samen een tuinderij-bedrijf zijn gaan runnen voor eigen behoeften. Dat bezige leven deed de bewoners goed en het leidde ertoe dat ze minder leunden op de werkende bevolking, want ze kostten gewoon minder.

Een zelfredzame gemeenschap van oudere mensen die allerlei zorg zelf ter hand neemt op huiselijk gebied, vormt een soort 'macro-gezin'. Ze kan vergeleken worden met kleine kloostergemeenschappen waarin de monniken ook alle zorg samen dragen, inclusief die voor hun zieken en gehandicapte bejaarden. In allerlei variaties ontstonden in Nederland soortgelijke initiatieven: Genemuiden, de Halmen in Twente, Herpen en tal van andere. Het was natuurlijk vallen en opstaan in zulk een beginfase. De Boogerd in Hoorn wil 'een grote mate van zelfstandig wonen koppelen aan een door de bewoners gedragen zorgstructuur'. Wil zo'n opzet lukken dan moet ze van de ouderen zelf uitgaan. Het besef en de bereidheid moeten zo sterk zijn dat men bij elkaar gaat wonen om te geven en te krijgen. Wie er gaat wonen, alleen om ervan te profiteren, past er niet en kan de sfeer verpesten. Wie er gaat wonen om er mee bezig te zijn, mee te doen en alles goed te laten verlopen, veel voor anderen over heeft, die mag verwachten of minstens hopen om zelf ook veel terug te krijgen als dat

lichamelijk of geestelijk nodig mocht worden. Teveel formele regelingen werken belemmerend.

Maar ook als aan deze volstreekte basisgegevens wordt voldaan, blijven er nog heel wat variaties mogelijk, waardoor het uiteindelijke succes bepaald wordt. Wat is de beste schaal, met andere woorden, waar liggen de grenzen van 'te groot' of 'te klein'? Waar hangen die vanaf? Hoeveel hulpbehoevendheid kan in een woongemeenschap worden opgevangen? Waar ligt het evenwicht tussen voldoende privacy en voldoende samen-zijn? Zitten daar grote verschillen in tussen de mensen?

Kortom, wonen in een woongemeenschap van ouderen kan mogelijk een geweldig toekomstperspectief bieden, maar het is nog sterk in ontwikkeling. Voor ondernemende ouderen met pioniersbloed een prachtige opgave! Voor kwetsbare ouderen nog te pril om het risico te nemen. Voor mensen die het thuis niet meer kunnen bolwerken lijkt het vooralsnog alleen maar uitkomst te kunnen bieden als de invaliditeit niet ligt op lichamelijk gebied, laat staan de ADL betreft, maar het vooral gaat om het niet langer kunnen verdragen van het alleen zijn.

#### 5. Het besluit nemen

Als eenmaal besloten is: 'Zo gaat het thuis onmogelijk nog langer', dan is er dus al aardig wat ruimte om een 'tussenvorm' te kiezen. Dat kan een mens meestal nog maar één keer in zijn of haar leven doen. Afhankelijk van persoonlijke voorkeur, levenslust, nog overgebleven intacte functies, en vooral soort en mate van de behoefte aan beroepshulp, moet de 'ideale' keuze gemaakt worden, voordat je kunt kijken wat daarvan in feite te realiseren valt. De volgende vragenlijst kan daarbij van dienst zijn:

1. Met hoeveel ruimte zou men toekomen. Beter nog is de vraag: met hoe weinig ruimte. Afstand doen van heel wat inboedel, als men uit een ruime woning komt, zal heel verstandig zijn en vaak noodzakelijk. Een mens is geneigd om ondoordacht al te veel dingen achter zich aan te slepen, een leven lang. Al is het pijnlijk, dit is een goed moment om ook hier een keuze te maken.
2. Met wat voor soort mensen zou je het liefst omgaan?
3. Wat voor soort en hoeveelheid 'inbreng' wordt er door de 'groep' van je verwacht. Kan je die wel leveren en ben je daartoe bereid?
4. Hoeveel prijs stelt men op de omgeving? Is een aardig uitzicht belangrijk? Een gezellige straat met vertier? Kan men er dan ook tegen

als er verkeers- en/of nachtelijk lawaai is? Of zit men liever buiten, aan de stadsrand?

5. Hoe makkelijk moet het wonen nog zijn om zo zelfredzaam mogelijk te blijven? Zit je voldoende dicht bij een koopcentrum? Dicht bij de kinderen? Liefst dicht bij je oude vertrouwde woonbuurt of in het eigen dorp?
6. Vaak het belangrijkste van alles: zit je vlak bij de hulpverlening, zodat die dag en nacht bij de hand is als het nodig mocht zijn?
7. Tot slot: hoe is de financiële positie. Hoeveel armslag heeft men zelf en in hoeverre is men afhankelijk van het financieringsstelsel van de sociale zekerheid. Of je het jammer vindt of zelfs schandalig, ook hier geldt dat wie geld op zak heeft, meer kan kopen. De gemeenschap kan zorgen dat niemand honger lijdt, maar loopt niet meer rond met gouden horloges voor de liefhebbers.

Het is dus een heel 'mandje vol' overwegingen, die je beter zo goed mogelijk van tevoren kan overdenken en overleggen met andere mensen, dan later spijt te hebben van een verkeerd besluit.

### C. HET VERZORGINGSHUIS

Moeten we hierover spreken in een boek over zelfredzaamheid? Ja, nu wel, want ten opzichte van vroeger is er veel aan het veranderen. Je komt er niet meer in als je nog voldoende gezond en zelfredzaam bent. Het wordt dus geleidelijk een 'licht soort verpleeghuis', uitsluitend bestemd voor ouderen die het thuis echt niet meer redden en geen tussenvorm kunnen vinden of als alleenwonende het ook daar niet kunnen bolwerken. De rond 1600 verzorgingshuizen in Nederland zitten dus de laatste jaren in een maalstroom van veranderingen. Nog in 1981 verscheen een 'Handleiding voor directeuren van verzorgingstehuizen' waarin geen sprake was van aandacht voor de feitelijke problematiek van ouderen in een instelling, noch sprake van enigerlei veranderingsstrategie! In behoudende kringen van onze samenleving wordt nog wel 'moord en brand' geschreeuwd, zelfs om bouw van nog meer verzorgingshuizen, op grond van volstrekt aanvechtbare wachtlijst-tellingen. Ouderen zelf hebben ook wel angstige zorg voor 'afbraak' van de voorzieningen. Daar is overigens geen sprake van! Die indruk is gewekt door het opheffen van enkele inadequate kleinere tehuizen en een bouwstop voor nieuwe. Maar wat er in feite aan

de hand is, is iets heel anders. Mensen kunnen niet langer worden opgenomen zonder dat hun zelfredzaamheidsverlies dat vereist. In 1978 woonden 86 van de 1000 65-plussers in een verzorgingshuis. In totaal ging het toen dus om 155.000 plaatsen. Die worden niet opgeheven en de bewoners worden er niet uitgezet. Geen 'gedwongen ontslagen', maar natuurlijk verloop. Daardoor is een geleidelijke inkrimping mogelijk van het aantal plaatsen. De toenmalige nota Bejaardenbeleid van de regering nam als streefgetal een daling tot 70 plaatsen per duizend 65-plussers in 1985. Dat is niet gehaald. Onofficieel mikt men op 76/1000 in 1990. De 'image' bij de Nederlandse bevolking, dat heel veel bejaarden in verzorgings- en verpleeghuizen moeten wonen, is er flink naast. Negen van de tien ouderen wonen heel gewoon thuis!

Nee hoor! Onze verzorgingsstaat wil de verzorgingshuizen laten bestaan en dat past heel goed bij de zorgzame samenleving, waarin iedereen zijn zelfredzaamheid zo goed mogelijk intact houdt. Het gaat veeleer om een diepgaande functieverandering, doordat het verzorgingshuis oude stijl een soort 'licht verpleeghuis' aan het worden is. Directeur Van Oosten heeft dan ook gelijk als hij schrijft: 'Liever in totaal minder plaatsen, maar dan wel per plaats voldoende beroepshulp ter beschikking'.

De verzorgingshuizen beginnen flink op de vernieuwingstoer te komen. Huize, of liever gezegd 'wooncentrum' Beerendonck te Venlo was een voortouw-nemer. Het 'gestichts'-model waarbij de bewoners zich hadden te voegen naar de regels en organisatie van 'het huis' werd vervangen door het 'bewoners-model', waarbij de woon- en hulpbehoeften van ouderen, ook en vooral **individuele** ouderen, normbepalend moesten worden. Ga er maar eens aanstaan! Dat betekent bouwkundige ingrepen, 'zorg op maat', versterking van nog aanwezige zelfzorg en mantelzorg waarop beroepshulp flexibel moet inspelen en aanvullen. Het betekent vooral een mentaliteitsverandering van zowel bewoners als personeel. Zulk een opgave voor het hele verzorgingshuisbestel in Nederland vergt een tijdsduur van een halve generatie. Stap voor stap, over een periode van tien tot twintig jaar. Overal zie je nieuw initiatief zich ontplooiën, tegen de stroom van formele moeilijkheden in. In Eindhoven is de 'Kronehoef' tot stand gebracht, waar bejaardenflats gecombineerd zijn met verzorgingshuis-faciliteiten voor zwaar verzorgingsbehoevenden (meermalen per dag hulp nodig, bij opstaan, aankleden, eten, huishoudelijk werk, badbeurt). Alleen een zware hulpbehoevendheid (incontinentie, voeren, diepere

dementie) vereist nog verpleeghuisopname.

Een ander experiment is het opzetten van 'satellieten'. De instelling vormt (of wordt gevormd door) 'dependances' van kleine schaal, bijvoorbeeld 30-40 bewoners, met één centraal servicecentrum die de satellieten ondersteunt. In de Krimpenerwaard is men al vergevorderd met die gedachte. Liever in vier dorpen een voorziening voor 30 mensen met alle primair nodige beroepshulp ter plaatse en ondersteuning vanuit een centraal punt, dan een groot tehuis met 120 verzorgings- en verpleegplaatsen. Kleinschalige opzet en dichtbij je oude woongebied waar je vrienden, burens, bekenden en vaak ook nog een kind van je woont. Dat is heel belangrijk, want je verliest dan minder van je mantelzorgnetwerk en blijft in een vertrouwde omgeving. In dit initiatief is eveneens van belang dat een verzorgingshuis en verpleeghuis de scherpte van hun grens wat laten vervagen door samen onder één dak te gaan.

### 1. Levens-continuïteit

Vroeger betekende opname in een verzorgingshuis en meer nog in een verpleeghuis, verlies van een groot deel van de identiteit. Je werd als het ware 'op de grote hoop geveegd': allemaal oud, allemaal niet langer zelfstandig. Nu is men veel meer rekening gaan houden met de persoon die wordt opgenomen dan met 'het geval'. Kortom, de nivelleringsdrift is ook hier tot bedaren aan het komen.

Men blijft dus wat men was. De mensen zijn immers verschillend. De een wil klaverjassen en de ander schaken, de een is gek op een mopje en de ander op klassieke muziek, de een wil een nieuw boek lezen over filosofie en de ander wil nog geen krantje lezen. Dat mag toch? Maar dan moet je die mensen niet dwingen om alsmaar met elkaar te moeten omgaan. Dat is in het gewone maatschappelijke leven óók niet het geval. Zoals je daar de mensen kunt onderscheiden in 'cultuurlagen' naargelang hun belangstelling en geestelijke bagage, zo is dat in het verzorgingshuis ook. Laat dus ieder in zijn eigen waarde, maar zorg dat allen zonder uitzondering evenveel respect krijgen. Wél verschillen erkennen maar geen discriminatie en cliëkvorming. Dr. Marcoen te Leuven heeft hierover belangrijk onderzoek verricht dat de betekenis van de 'biografische' zorgbenadering onderbouwt.

Door heel deze ontwikkeling zal het besluit om naar een verzorgingshuis te moeten gaan worden verlicht, want de ingreep in het vertrouwde

bestaan kan kleiner zijn. De overgang kan verder worden versoepeld wanneer tevoren een periode van enkele weken als 'logeerverblijf' in het verzorgingshuis kan worden doorgebracht. Van het grootste belang is ook, dat na opname het mantelzorgnetwerk intact wordt gehouden. Het gaat niet aan om te zeggen 'ziezo, moeder zit goed en wel in het verzorgingshuis en nu doen ze daar alles voor haar wat ze nodig heeft'. Ja, lichamenlijk wel, al is een helpende hand van familie en vrienden heel welkom. Maar geestelijk kan het verzorgingshuis niet doen, wat voor mantelzorgers vanzelfsprekend is: de gezelligheid en intimiteit van de oude band beleven; de voldoening dat je nog belangstelling krijgt; de voldoening als het met kinderen en kleinkinderen goed gaat; de nieuwtjes uit de kring van mensen die je kent. Als het zo toegaat, hoeven de mantelzorgers ook niet meer het bittere schuldgevoel te hebben waar Marinus van den Berg over schreef: 'Ik heb het gevoel dat ik hem in de steek laat'.

### 2. De wooncarrière

'Wooncarrière' vind ik een leuk nieuw woord. Carrière werd alleen maar gebruikt voor je levensloop in beroep en bedrijf. Maar je 'woonlevensloop' is voor velen ook heel belangrijk. In de loop der jaren zijn de wooncarrières in Nederland sterk veranderd. Vóór de Tweede Wereldoorlog zag die er schematisch meestal uit als volgt:

levens-tijdperk	kind	jong volwassene	arbeidsleeftijd	oudere
bijbehorende woonsituatie	thuis met velen, maar ook vaak in een inrichting zoals kostschool, weeshuis, zwakzinnigeninrichting	lang bij ouders inwonend; vaak ook na trouwen	eigen (huur)woning weinig mobiel. Het 'nest' was continu bewoond	bij kinderen inwonend of in eigen klein huisje of 'van de armen' in een 'gesticht'

Nu is het vaker:

levens- tijdperk	kind	jong volwassene	arbeids- leeftijd	oudere
woonsituatie	thuis met weinigen, niet in inrichting maar liever in pleeggezin	vroeg zelf- standig, alleen of met vriend/ vriendin	eigen woning, kortduren- der want meer mo- biel. 'nest' wordt meer 'slaap- huis'	zelfstan- dig wonend alleen of met part- ner, klein en aange- past. Ont- wikkeling naar meer collecti- viteit in eigenoor- tige woon- accommo- daties zoals tussen- voorzie- ningen woonge- meen- schappen, verzor- gings- en verpleeg- huis

Ook op grond van de veranderde wooncarrières, is het overheidsbeleid nog zo gek niet, gericht op het scheppen van meer mogelijkheden om de oude dag zolang mogelijk thuis en zelfstandig te kunnen doorbrengen. Het is niet louter te duiden als een mode of een bezuinigingsmanoeuvre, maar betekent veeleer het inspelen op het veranderende cultuurpatroon, waarin vrijheid en onafhankelijkheid zulke hoge waarden vormen.

#### D. HET VERPLEEGHUIS

In 1986 waren er in Nederland 327 verpleeghuizen met in totaal bijna 50.000 bedden. De Nederlandse bevolking brengt daar jaarlijks een bedrag voor op van 3402 miljoen gulden. Die kosten willen en kunnen we opbrengen om de ouderen die er lichamelijk of geestelijk zó slecht aan toe

zijn dat ze thuis echt niet langer te verplegen zijn, zo goed mogelijk op te vangen. Er zit aan het verpleeghuiswezen wel een erg zorgelijke kant. Acht jaar geleden ten opzichte van 1986 bedroegen de jaarlijkse kosten van het verpleeghuiswezen nog maar de helft. Bovendien doet zich een verhoogde levensverwachting voor, juist van de 'oude-ouderen'. In het jaar 2000 zal het aantal 65-plussers in ons land de 2 miljoen overschrijden. De hoogbejaarden, boven de tachtig, overschrijden het aantal van 400.000! Bij hen neemt de zelfredzaamheid statistisch sterk af en zij hebben dus veel meer beroepshulp nodig dan de 'jong-bejaarden'. Alleen al dementie, die bij de 'jong-bejaarden' voorkomt in 2 op de 100 mensen, zal bij de hoogbejaarden 20 op de 100 treffen. Het is duidelijk dat alle zeilen moeten worden bijgezet om te zorgen dat ook in de toekomst de ernstigste gevallen van hulpbehoevendheid opgenomen kunnen worden. Dat is een zaak van regeringsbeleid, maar daar alleen kom je er niet mee. Het is ook een zaak die heel de Nederlandse bevolking aangaat en vooral alle ouderen. Het is een kwestie van solidariteit om er samen voor te zorgen dat het met de verpleeghuisvoorziening niet de spuigaten uitloopt.

Ik som hier het hele lijstje op van alles waarin die solidariteit dan bestaat:

1. Voorkómen van lichamelijk functieverlies door een betere levensstijl (minder ongevallen, minder ziekten door roken, alcohol, drugs, overvoeding en overspannen werktempo).
2. Voorkómen van secundaire dementie, zoals beschreven in hoofdstuk 5.
3. Tijdige oefening in betere zelfzorg in geval van functieverlies, met alle ten dienste staande middelen.
4. Zorgen voor een voldoende mantelzorgnetwerk. Bij het toenemend aantal kwetsbare alleenwonenden wordt alleen al door het ontbreken van voldoende mantelzorg een overmatig beroep op de instellingen in de hand gewerkt.
5. Omzetting van de verzorgingshuizen van verblijfsaccommodatie voor nog voldoende zelfredzame ouderen tot 'lichte verpleeghuizen'.
6. Afbouw van de overdreven 'therapeutische' paramedische poppenkast in de verpleeghuizen. Mensen moeten er verzorgd en rustig hun levenseind kunnen doorbrengen, zonder de verplichting om voortdurend aan allerlei 'therapie' mee te hoeven doen. Alleen als van bepaalde behandeling duidelijk profijt is te verwachten, mag die worden toegepast. Voor verreweg de meeste behandelingen is van een wetenschappelijk verantwoorde effect-evaluatie geen sprake.

### Het leefbaar verpleeghuis

Intussen zijn ook in de verpleeghuizen de veranderingsprocessen in volle gang. De cultuur en leef sfeer, die vaak erg institutioneel was, verschuift in huiselijke en persoonlijke richting. De mens komt meer centraal te staan. Er komt meer ruimte om de eigen mantelzorgers van een bewoner meer te laten deelnemen in de verzorgingstaken. Dat bevordert de goede verstandhouding en houdt hun sociale netwerk beter intact. Er komen bewonersraden en familieraden, waardoor wederzijds begrip tussen verzorgenden en hun familie enerzijds en de zorgverlenenden anderzijds versterkt kan worden.

Bij de vraag naar een meer leefbaar milieu moet niet louter aan de verzorgden gedacht worden, maar ook aan de zorgverleners! Het zijn veelal jonge mensen die taken op zich genomen hebben die respect afdwingen. Zij staan vaak onder grote psychische druk door hun intensieve ontmoeting met veel levensverdriet, onmacht en aftakeling. Het is dan geen wonder als ze in hun vitaliteit soms ongeremd zijn of hun hart afsluiten voor verdriet en lijden dat ze omringt, omdat je anders geen leven hebt. Het is van belang als verzorgden daar wat meer bij stilstaan. De sfeer in huis wordt verpest als ouderen hun verdriet gaan afreageren op jonge verzorgenden. Geen wonder dat die hen dan gaan beschouwen als hun natuurlijke vijanden.

Ook voor de zwaarst gehandicapten is het nog vaak heel goed mogelijk om hun restant zelfzorg te vervullen en bovendien goed mee te werken met de beroepszorgverlenenden, zodat hun taak zoveel mogelijk wordt verlicht.

In de laatste hoofdstukken is de hoeveelheid 'tips' en adviezen kleiner geworden, in vergelijking met algemene informatie. Dat is geen toeval. Ik vind het beneden de waardigheid van ouderen om alleen maar aardige leuke tipjes te krijgen en opwekkende schouderklopjes. Ouderen hebben er recht op om alle informatie te krijgen die bruikbaar is om zelf een oordeel te kunnen vormen over de maatschappelijke ontwikkelingen in hun eigen sector.

## 7. ZAL IK ER WAT MEE DOEN?

Van de Oeral tot de Ierse zee geldt het spreekwoord: 'Je kunt een paard wel naar het water brengen maar je kan het niet laten drinken'. We zijn nu aan de waterkant gekomen en het is verder mijn zaak niet of het 'paard' al of niet drinken wil. Het is wel van belang om de verschillende keuzemogelijkheden eens op een rijtje te zetten en dan te kijken naar de consequenties die een keuze heeft, of in ieder geval kan hebben, zowel voor de lengte en kwaliteit van het eigen bestaan als wat betreft consequenties voor de gemeenschap.

### 1. LAAT MAAR

Er zijn mensen die zeggen dat het hen niets kan schelen. De meesten zullen niet eens informatie willen hebben over zaken die hun gezondheid raken. Je moet er inderdaad nogal wat voor over hebben: je levensstijl erop instellen; contacten opbouwen en onderhouden met anderen; dit moet zus en dat moet zo; dit mag niet en dat mag wel. Barst! zeggen heel wat mensen. 'Het hoeft van mij allemaal niet. Ik zal wel zien wat er van komt.' We leven in een vrije maatschappij, dus er staat geen boete op teveel eten, teveel roken, teveel drinken, riskant gedrag, nalatigheid in het omgaan met functieverlies, enzovoorts.

Maar: 'Ik zal wel zien' betekent niet alleen de statistisch met zekerheid bewezen verkorting van je levensduur. Dat moet iedereen dan zelf maar weten. Maar het betekent ook vaak een onnodige aftakeling van de zelfredzaamheid die hoge kosten tot gevolg heeft voor de gezondheidszorg en het verzorgingsstelsel. Dat gaat dus ook anderen aan! Als wij van de hele samenleving de solidariteit verlangen en verwachten, dat onze oude dag ook financieel zo leefbaar mogelijk wordt gemaakt, dan mag de samenleving van de ouderen verwachten dat die zich van de mogelijk-



heden op de hoogte stellen en hun eigen bijdrage leveren om met die ouderdom zo redelijk mogelijk om te gaan. Bij solidariteit denken we altijd alleen maar aan 'de sterken voor de zwakken'. Maar waarom is het óók niet: 'de zwakken voor de sterken'? De 'zwakken' kunnen heel veel doen om de 'sterken' niet nodeloos te belasten! Heel dit boek is daar vol van. Ik denk dat de keuze om het er maar bij te laten zitten, op zijn zachtst gezegd een asociale keuze is.

Al sinds de Renaissance is de gemeenschapscultuur gaan verbleken en is de mens zich los gaan maken van zijn omgeving. Toen ontstonden bijvoorbeeld ook pas de persoonlijke portretten, waar de mens niet langer onderdeel was van de omringende wereld, maar het landschap nog slechts functioneerde als achtergrond voor zijn IK (Lemaire). De IK-cultus is eeuw na eeuw verder uitgegroeid tot een sterk individualisme dat de spreekwijze in het leven heeft geroepen van 'ikke, ikke, ikke en de rest kan stikken'. Dat kan een reden zijn voor 'laat maar'.

Is misschien ook één van de redenen om je gezondheid te verwaarlozen, het verstoorde levensperspectief in onze westerse maatschappij? Het is toch eigenlijk geen leven in een nucleair tijdperk waar dat leven alleen voortbestaat doordat tussen de grootmachten slechts evenwicht bestaat in het elkaar bedreigen met een atomaire holocaust; een leven ook waarin je dagelijks wordt geconfronteerd met corruptie-schandalen, onderdrukking, uitbuiting, martelingen, hongersnood, terrorisme en de gesel van de werkloosheid. Bij jongeren is dit stellig een van de verklaringen voor een levensstijl die vernielend inwerkt op gezondheid, maar in vele interviews met ouderen kwam ik dit toch maar zelden tegen. Ouderen hechten aan hun bestaan! Ze hechten er vaak zelfs hartstochtelijk aan! Ofschoon ze niet bereid waren om zich offers te getroosten en enige beperkingen op te leggen om hun gezondheid te behouden, schreeuwen ze vaak moord en brand als ze dan getroffen worden door een ernstige ziekte. Een zwaar hartinfarct, kanker! Alles en alles moet gemobiliseerd worden: opnames, grote operaties, de professor erbij, desnoods een harttransplantatie, wat het ook kost doet er niet toe. Hij moet 'gered' worden (de gemeenschap betaalt wel).

**Wat een krankzinnige inconsequentie!** Een ongezonde levensstijl aan de ene kant en een gezondheidszorg van 40 miljard gulden per jaar om de boel op te dweilen. Dweilen dan met de kraan open.

Al deze overwegingen hebben ertoe geleid dat ik de volgende grondstel-

ling moet poneren over de gezondheidszorg:

**Het recht op gezondheid, vastgelegd in het beroemde Atlantische Charter moet niet allereerst vertaald worden als een 'recht op een dokter en een ziekenhuis', maar als een recht op de mogelijkheden tot goede zelfzorg voor gezondheid.**

Die mogelijkheden bestaan uit drie sectoren:

1. Voldoende welvaart om genoeg te eten te hebben, genoeg kleding te hebben en te kunnen wonen en werken op een menswaardige wijze (dat is vrijwel bereikt).
2. Genoeg gezamenlijke zorg voor het milieu, zodat de tyfus- en choleraontlasting niet door de open goten stroomt in de steegjes waarin onze kinderen spelen (dat is bereikt). Maar ook genoeg zorg dat ons voedsel, ons water, onze bodem en onze lucht niet vergiftigd en verpest worden door het afval van onze activiteiten (daar wordt aan gewerkt).
3. En last but not least: voldoende informatie over het omgaan en in stand houden van je eigen gezondheid, in de diverse levensfasen van een mens. Voor de meest kwetsbare levensfase van de ouderdom (na het zuigelingenjaar) heb ik getracht in dit boek die informatie bijeen te brengen.

Alles overziend denk ik: 'Née, wij zijn niet vrij in onze keuze!'. We horen te letten op onze gezondheid en er binnen het redelijke wat voor te doen en wat voor te laten, of we zin hebben of niet! Er kan geen straf op gesteld worden. Een 'no-claim-korting' - zoals op auto's - zie ik nog niet haalbaar op de premies voor je gezondheidszorg. Het is 'alleen maar' het moreel besef, dat in staat is om ons gedrag te bepalen.

## 2. HET PIETLUTTIGE BESTAAN?

Is het alternatief dan dus een pietluttig bestaan van regeltjes en verboden? 'Piet, doe je dikkere das maar om want er staat zo'n schraal windje! Zou je maar liever niet helemaal thuisblijven?' 'Neem een lekker glaasje voor het eten. O nee, alcohol is de pest voor de mensheid. Mijn levercellen zouden vervetten en op den duur zou ik een cirrose krijgen.' 'Doe de deur dicht want Jan zit weer zo'n ellendige sigaret te roken in zijn kamer. Ik kan het hier ruiken door de spruitjeslucht heen! Straks hoest ik me nog kapot van de longkanker.'

Ik ken mensen die een brievenweger naast hun bord hebben staan en precies alles afwegen wat ze eten. Ze zeggen: 'Dan weet je tenminste precies hoeveel je eet en blijft het niet in het vage. Ik heb een boek over diëten en nou weet ik precies van alles hoeveel calorieën erin zitten', enzovoorts.

Is dit het alternatief? Een neurotisch bezig zijn met gemier over je gezondheid? Ik gruw ervan! Het eigen bestaanje wordt verheven tot het kernpunt van het heelal, maar je horizon vernauwt zich tot een eng cirkeltje.

### 3. SPEELSE ZORG

Laat ik maar liever vertellen van mijn eigen keuze. Doe ik zelf alles wat ik in dit boek heb aanbevolen? Welnee hoor! Net als haast ieder ander heb ik daar gewoon geen zin in. Ik houd van eieren en eet daar meer van dan wordt aangeraden. Een sigaar kan minder kwaad dan sigaretten en gelukkig vind ik die ook lekkerder. Nu ik kortademig word, regel ik wel mijn inspanning veel beter dan vroeger. Zoetjes aan ga ik meer letten op regelmatige beweging en probeer ik 'trucs' uit om moeilijke bewegingen (opstaan uit een laag bed) anders en handiger te gaan doen. Veel meer dan vroeger heb ik tijd en aandacht voor burens en vrienden. Ik bekijk ze milder en heb er graag wat voor over, met in het achterhoofd toch wel de prettige bijgedachte van het 'intact houden van een voldoende mantelzorg-netwerk'.

Kortom, ik heb gekozen voor het speels omgaan met al die adviezen. Veel blijkt er dan zonder moeite toch goed van pas te komen. Ik denk graag aan het oude spreekwoord: 'Het walletje bij het schuurtje houden'. De middenweg. Niet te star de 'regels' volgen maar ze ook niet aan mijn laars lappen. Wat er dan gaat ontstaan is 'nieuwe gewoontenvorming'. Ik denk er niet meer bij na, maar let vanzelfsprekend en ongemerkt op allerlei van die dingen die ik boven noemde. Kortom, er ontwikkelt zich in betrekkelijk korte tijd een nieuwe levensstijl wat gezondheid betreft. De keuzen krijgen in die nieuwe stijl hun nieuwe plaats, zoals zo overzichtelijk te zien is in het schema van prof. Oostvogel:

zelfzorg	liever dan	mantelzorg
mantelzorg	liever dan	professionele zorg
thuiszorg	liever dan	institutionele zorg
poliklinisch	liever dan	klinisch
dagbehandeling	liever dan	opname
in de buurt	liever dan	verder weg
kortdurend	liever dan	langdurig
kwaliteit	liever dan	kwantiteit

Het verlangen om actief te kunnen blijven, kan een sterke motivatie zijn voor een goede gezonde levensstijl. Veel ouderen, vooral de 'jong-ouden' met VUT of andere redenen voor vervroegd beëindigen van een verplicht arbeidsbestaan, vinden het heerlijk om in de maatschappij nog van alles te doen. Vaak zit daar een 'status-drift' achter, vooral bij degenen die in leidende functies bezig zijn geweest. Op allerlei wijzen maken ze zich nog verdienstelijk in de maatschappij. Het merkwaardige is dat je prestatievermogen niet afneemt door het te belasten, maar er juist door intact wordt gehouden. Wie zich niets aantrekt van de domme mening dat oude mensen nu eenmaal **altijd** 'aftakelen', maar de kracht heeft om door te gaan zal soms tot op zeer hoge leeftijd grote prestaties kunnen blijven leveren. Gisteren hoorde ik de stramme, wat kromme 73-jarige beroemde pianist Jorge Bolet een briljant concert weggeven. En wie heeft Horowitz niet horen spelen, 83 jaar oud, bij zijn triomfale toernee door de Sovjet-Unie en West-Europa? Niet allen is het gegeven om op hoog niveau te blijven presteren, maar er zijn toch heel veel voorbeelden. Arthur Rubinstein, Herbert von Karajan. Maar ook op bestuurlijk gebied! Ik denk aan Paus Johannes XXIII en vele andere pausen, aan Ronald Reagan en heel de vroegere club van het Kremlin-politbureau, of we daar nu zo gelukkig mee zijn of niet. In de schilderkunst denk ik aan Granma Moses als een verrukkelijk voorbeeld. Ze had in haar jonge jaren wel graag en mooi getekend, maar daar was in haar drukke leven verder niets meer van gekomen. Ze begon in haar zeventiger jaren weer te schilderen omdat huishoudelijk werk haar te zwaar werd! Toen ze in haar 101ste jaar stierf had ze 135 schilderijen gemaakt die haar een wereldfaam bezorgd hebben. Mits zonder zich overmatig in te spannen, is het blijven presteren voor wie dat kan en vooral wil, een greep naar voldoening en voortzetting van een gezond bestaan. Het motiveert om de eigen zelfredzaamheid in alle opzichten op peil te blijven houden. Zo was het werken aan dit boek voor

mij een heel karwei, maar het heeft bijgedragen aan mijn vitaliteit, inplaats van die uit te putten.

#### 4. DE DOODS-KEUZE

Een vaak onbewust, geheim doodsverlangen kan zich van allerlei middelen bedienen. Een van die middelen is het nalaten van goede zorg voor je gezondheid. Een onbewust doodsverlangen kan heel goed bestaan naast een verlangen om oud te worden. Het 'witte en het zwarte paard' trekken samen de kar van ons bestaan. Als het doodsverlangen gaat overheersen, sterft allereerst de levenslust. Je partner is gestorven. Men weet zich geen raad meer. Een kind is verkeerd gegaan. De laatste kaarten van het luchtkasteel van je leven zijn omgekapt. Je ziet geen sprankje licht meer in je toekomst. Niets verschaft meer vreugde. Gedachten aan zelfdoding spelen door je hoofd. Dan gaat vaak stap voor stap een proces op gang komen dat men 'latente euthanasie' kan noemen. Je bekort je leven, niet door een enkele daad die direct de dood tot gevolg heeft. Dat vergt heel wat moed, barre wanhoop, paniek en bij tallozen het overschrijden van een laatste grote morele barrière. Nee, je bekort je leven door een hele reeks kleine nalatigheden of handelingen die geen van alle op zich dodelijk zijn, maar die tezamen het leven schaden. Men doet juist alles niet wat in dit boek wordt aanbevolen. Alcohol is dan nuttig, overmatig gebruik van zenuw- en slaapmiddelen, nalaten van een noodzakelijk dieet, riskant gedrag. Maar deze latente euthanasie is niet sensationeel. Je leest er niet over in de kranten en het is dus niet belangrijk.

De 'echte' euthanasie is wél voortdurend in de kranten. Dan gaat het dus niet om het nalaten van een levensverlengende medische behandeling onder omstandigheden waarbij de kwaliteit van het bestaan tot een minimum of tot nul is gedaald. Daarover bestaat al lang voldoende overeenstemming.

Nee, het gaat dan om het leven afsnijden, om dood-maken. Merkwaardig is het, dat dit probleem zo totaal verschoven is naar de randgegevens: de juridische kanten en de wetgeving. De kern van het vraagstuk ligt heel ergens anders! De grote vraag waar alles om draait is toch:

'Is lijden, bitter lijden, onverenigbaar met de kwaliteit van het bestaan?' 'Is verval en aftakeling, die wij als gezonden afschuwelijk vinden om te

moeten aanschouwen, ook even afschuwelijk en negatief voor de getroffenene?' 'Is langzaam naar de dood toelevens alleen maar een gruwel die moet worden ingekort?'

Al tweeduizend jaar is daar een antwoord op en het komt niet eens vanuit het Christendom of vanuit welke religie ook, maar vanuit de kristalheldere, moedige waarneming. Al uit de Griekse oudheid stamt de zegswijze: pathein = mathein, lijden = rijpen. Ontelbaar door de eeuwen heen zijn de mensen die rijper en méér menselijk zijn geworden door hun lijden, verdriet, tegenslag, dan door hun succes, rijkdom, aanzien, welvaart. Het Christendom heeft daar nog een nieuwe dimensie aan toegevoegd: het lijden als het losgeld voor verlossing. Is dat alles een wrede filosofie? Nee, want er bestaat een kostbaar eeuwenoud recept. Hoe meer liefde en zorg we aan de lijdende geven, hoe draaglijker het wordt. Hoe minder de lijdende met zijn eigen lijden bezig is, hoe draaglijker het wordt. Hoe meer we lijden iets gewoons vinden, dat bij het leven hoort en waarover een mens niet moet zeuren of zich beklagen, hoe draaglijker het wordt. In het Oosten bestaat die wijsheid nog. In de Moslem-wereld vind je ze. Maar omdat wij de kern-waarheden kwijt zijn, is de consequentie, de vlucht in de dood. Dat moet natuurlijk niet met een bijl of revolver gebeuren, want dat is te direct. We **verstoppen** het gewoon onder het mom van een 'medische behandeling'. De dokter (na ernstig beraad) schrijft er keurig een recept voor uit; de apotheker haalt het 'medicijn' van een nieuw schap waar 'euthanatica' op staat, naast het schap van de 'laxantia'. Vroeger noemden we dat nog gewoon de 'vergiftkast'.

Maar is de dood dan geen verlossende weldaad? Ja, dat is ze óók! Ik heb in mijn leven als internist niet zelden een zucht van verlichting geslaakt als de goede dood de verloren patiënt eindelijk in zijn armen genomen had, maar het is hoogst zelden voorgekomen dat ik haast mijn haren uittrok van ellende en de bekoring van 'de laatste spuit' in mij opkwam.

Behalve de lijdende en diens sterven, is er ook nog de familie. Wat zijn de consequenties voor hen die achterblijven en de actieve euthanasie hebben bewilligd en meebeleefd? Dokter Bos heeft daar met klem op gewezen en mevrouw Henriëtte van Haaren schrijft: 'Drie jaar na een euthanasie op een van de leden van ons gezin, na een gezamenlijk thuis doorleefd ziekbed, heb ik nog steeds geen vrede met het gebeurde. Euthanasie betekende in de praktijk het dood laten maken van een bewust levend geliefd iemand'. Zulke schuldgevoelens en diepvertrede vragen zijn nog heel wat anders dan de schuld die men voelt wanneer een mantelzorger

zijn dierbare verzorgde naar een tehuis moet brengen. Het besluit om over te gaan tot het doden, actieve euthanasie, heeft dus heel wat kanten. Er is ook nog de morele kant. **Mag een mens ooit zulk een besluit nemen?** Veel Christenen zullen dat met een categorisch nee beantwoorden. Maar dat betekent niet dat zij het besluit niet zouden moeten respecteren van anderen, die geen religieuze of morele drempels terzake hebben. Deze groep is verplicht tot een zorgvuldige afweging, want het gaat om het grootste en laatste goed van een mens: zijn leven zelf. Familie dient erbij betrokken te worden en het oordeel van twee vertrouwensartsen gevraagd en vooral ook het oordeel van rijpe verpleegkundigen of verzorgenden die bij de zieke nauw betrokken waren. Zij maakten diens lijden het meest van nabij mee en hebben daardoor meestal een beter zicht op de spanningen en het lijden dan de arts die het moet hebben van de 'snapshots' tijdens zijn korte bezoeken, zijn diagnose en prognose.

## 5. DE TEGENPOLEN

Het meest verbazende vind ik de **extreme verschillen** in onze maatschappij wat betreft het omgaan met leven en dood. Bij alle gelijkheid en nivellering bestaat hier de meest ongelooflijke ongelijkheid. In het ene huis valt de oproep van de abortus-kliniek in de brievenbus; in het huis ernaast wordt reikhalzend uitgezien naar de 'behandeling' van het implanteren van een eitje en worden er geen kosten en moeite gespaard om een reageerbuis-baby te kunnen krijgen, als dat al lukken wil. In het ene huis wordt de spuit gevuld om een wrak leven te beëindigen met een dodelijke injectie; in het huis ernaast wordt met spanning de oproep afgewacht voor een harttransplantatie om een ander wrak leven een jaartje te verlengen tegen zodanige kosten voor de gemeenschap dat zo'n behandeling slechts bij uitzondering mogelijk is. Zulke uitersten kunnen slechts bestaan bij extreem individualisme. Men noemt dat dan verhullend de 'pluriforme samenleving'. Dat is in zich een tegenspraak: een samenleving zonder samen! Niet enkel een verschil van meningen, maar een versnippering van waarden en gewoonten.

Als er geen algemeen aanvaarde gewoonten en waarden bestaan ontbreekt ook de basis om een handelwijze nauwkeurig te formaliseren door middel van een wet. De tegenover elkaar staande standpunten raken in

een eindeloos geharrewar en touwtrekken. De wetgever handelt dan wijs als hij een behoudend standpunt uit het verleden blijft innemen, maar terwille van de tolerantie afwijkend handelen onder duidelijk omschreven voorwaarden gedooft en dus 'door de vingers ziet', totdat de ontwikkeling in de bevolking zelf zover is voortgeschreden dat een meer algemeen aanvaarde benadering (weer) is uitgekristalliseerd. Ik ben gelukkig met zulk een terughoudendheid ten opzichte van het 'vrijgeven' van actieve euthanasie, alleen al omdat vele duizenden ouderen in ziekenhuis of verpleeghuis dan niet met bonzend hart arts of verpleegster een spuit zien vullen of vol wantrouwen raken als ze hun familie met elkaar zien fluisteren, terwijl het misschien maar ging over hun verjaarscadeautje!

## 6. 'GELUK'

Gelukkig ben je als je mooi bent, jong, gezond, stralend, dansend, feestend, met gladde huid en glanzend haar, sexy, rijk, aantrekkelijk. Kortom, de yuppie-maatschappij van de rijke geslaagde jongeren. Nou, dan kunnen we het als ouderen dus wel vergeten. Of is dit droombeeld uit ster-reclames en tv een show die met echt geluk weinig heeft uit te staan? Ik lees met ontroering in dat meesterlijke kleine boek van Solzjenitsyn 'Een dag van Ivan Denisovitsj'. De hongerige balling sjouwt zich een breuk in de ijzige Siberische steppe, gedwongen werkzaam in een bouwproject. Doodongelukkig? Maar het werk vlot lekker die dag. Het zwoegen maakt hem een beetje warm en hij trof een werkplek in de luwte. Misschien krijgt de ploeg straks een meevallertje: een schep extra van de dunne avond-slobber omdat ze zo goed zijn opgeschoten. Ivan Denisovitsj heeft een gelukkige dag.

In de sociale wetenschappen is dat alles nader bestudeerd. Levy en Guttman komen tot de conclusie dat alles wat met geluk en welbevinden te maken heeft, afhankelijk is van iemands levenshouding, meer dan van iemands leefsituatie. Is een mens in staat om zich aan te passen aan een ongunstige situatie (zoals bijvoorbeeld beperkingen door functieverlies bij ouderen) dan groeit zijn tevredenheid. Weet hij zich te schikken in het onvermijdelijke, dan groeit zijn tevredenheid. Er niet op zitten kankeren; niet blijven zitten jammeren, niet de hele tijd aan je ongeluk zitten blijven kluisen. Andere functies die nog goed zijn verder ontwikkelen, waardoor je een verzwakte functie kunt compenseren. Geen dingen willen doen

waarbij je een verzwakte functie extra nodig hebt, dan groeit je tevredenheid.

Geluk is geen jachtbuit. Je kunt het niet vangen. Niemand heeft het beter beschreven dan de sociaal-psychiater Paul Watzlawick, die verrukkelijke 'dwars-denker' in zijn boek 'Geluk is ook niet alles'. Kijk eens naar de dierentuin, zegt de auteur. Daar ligt een tijger, beschermd tegen alle gevaar, honger en ziekte. Hij hoeft niet meer op jacht. Overal is voor gezorgd. Maar het gevolg is een droeve tijger die alle kenmerken gaat vertonen van de menselijke neuroticus en psychisch gestoorde. Spottend raadt Watzlawick aan om niet te proberen om je geluk te zoeken, maar juist het tegendeel. Zoek je ongeluk op en blaas het op. Hoe meer je het opblaast hoe belachelijker het wordt. Je gaat dat zelf zien en je ongeluk relativieren. 'Een mens is ongelukkig omdat hij niet weet dat hij gelukkig is.' Dat is alles!

Enfin, lees u dat boekje maar als u er zin in hebt. Het is natuurlijk weer één kant van de zaak, maar wel een heel originele en onthullende. Alle andere kanten blijven overeind. Zorg goed want het geeft voldoening. Probeer jezelf in een prettige situatie te manoeuvreren want dat is óók nooit weg. Doe meer voor een ander dan je van plan was en voel je er goed bij. Luier genoeg als er werkelijk ook wat uit te rusten valt. Kortom en/en/en! Dan verbleekt tenslotte de leugen dat alle andere mensen gelukkiger zijn en beter-af dan ik.

Schei maar uit, zeggen sommige wetenschappers, want aan ouderen kun je niets meer leren. Maar de beroemde Amerikaanse psycholoog Rogers heeft een hele beweging losgemaakt, gericht op levenslange ontwikkeling. Geen defaitisme van het soort: ik ben die ik nu eenmaal ben. Ik ben nu toch te oud om nog iets te leren. Onze beroemde Erasmus schreef al in 1518: 'Het is geen fabel, maar door meerdere getuigen bevestigd dat de mens de ouderdomszwakte als een slangenhuid kan afstropen en zich weer verjongen kan'.

## 8. MEER INFORMATIE

### A. ADRESSEN

Er is over ouderen en alles wat ze nodig zouden kunnen hebben, natuurlijk nog een zee van verdere informatie beschikbaar. Het zou niet moeilijk voor me zijn om nu 50 bladzijden met adressen en boeken op te schrijven. Maar daardoor zou het voor u juist moeilijker worden om de weg daarin te vinden. Liever heb ik daarom gekozen voor beperking tot kerninformatie onder diverse omstandigheden.

1. Waar kan ik al die hulpinstanties vinden nu ik zo gauw mogelijk hulp nodig heb?

Natuurlijk niet bij de landelijke bonden of besturen!

- Uw huisarts weet het of kan het vinden.
- Gezinszorg? Kijk in uw telefoongids.
- Wijkverpleging nodig? Kijk naar adres en telefoonnummer op uw lidmaatschapskaart.
- Dienstencentrum, indien ter plaatse aanwezig, vindt u in de telefoongids. Bel het dichtstbijzijnde voor nadere informatie.
- In de Gouden Gids onder het hoofd 'sociaal-maatschappelijk werk' zijn ook vaak veel gegevens te vinden, bijvoorbeeld over dagopvang, hulpdiensten en diverse bureaus en centra ter plaatse.
- Grotere plaatsen hebben vaak een 'Stadsgids'. Kijk bijvoorbeeld onder 'maatschappelijke dienstverlening'.

2. Gezond bestaan

Als men over bepaalde aspecten verdergaand dan in dit boek beschreven, nadere en uitgebreidere informatie wil hebben, is het nuttig om de folder

'boeken, bladen, brochures' aan te vragen bij de NFB: Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid, Eisenhowerlaan 114, 2517 KM Den Haag, tel. 070-54.49.02.

Zij hebben een 'Seniorenreeks' van 16 brochures (f 7,50 per stuk), over allerlei onderwerpen zoals bijvoorbeeld 'Wijs op reis', 'Orde op zaken', enzovoorts. Verder een reeks 'Ouderen aktiewijzer', 'Ouderen en wetenschap', 'Leeftijd specifiek', enzovoorts.

3. Het onderwerp **veiligheid** verdient extra aandacht, want vooral na het 69ste jaar stijgt het percentage ongevallen thuis buitengewoon sterk. Van alle dodelijke ongevallen (exclusief het verkeer) treft bijna driekwart deze ouderen, vooral de vrouwen! Een studie van het Veiligheidsinstituut 'Ernst en omvang van ongevallen in de privésfeer' door drs. W. Rogmans (115 blz.) geeft een helder beeld van de ernst (adres Veiligheidsinstituut: Postbus 5665, 1007 AR Amsterdam).

De brochures 'Veilig op leeftijd' en een aantal kleinere over brandveiligheid, koolmonoxyde, enzovoorts, zijn verkrijgbaar bij 'Stichting Consument en Veiligheid', Postbus 5169, 1007 AD Amsterdam. Deze geven tal van praktische tips.

#### 4. Technische hulpmiddelen

Er is een voortdurende ontwikkeling op dit gebied. Het is verstandig om bij enigerlei functieverlies, zich zelf op de hoogte te stellen van mogelijkheden. Firma's hebben daar meestal wel brochures over. Een aardig overzicht geeft onder andere de firma L. Raap b.v., Liendertseweg 114, 3815 BJ Amersfoort. Het wordt op aanvraag gratis toegezonden en geeft een geïllustreerd overzicht van honderden hulpmiddelen, waarvan vele bij gestoorde zelfzorg-functies van groot nut kunnen zijn. Soortgelijke informatie kan men ook opvragen aan de Stichting Voorlichtingscentrum Gehandicapten, Larenseweg 174, 1223 AA Hilversum.

Het Nationaal Reumafonds geeft een specifiek boekje uit: 'Handige hulpmiddelen'. Adres voor aanvraag: Statenlaan 128, 2582 GW Den Haag.

5. **Tijdschriften**, speciaal voor ouderen, op het niveau van vakblad, dus niet gericht op verstrooiing maar juist op allerlei nieuwe informatie over alles wat de derde levensfase betreft:

- 'Leeftijd', uitg. Ned. Fed. Bejaardenbeleid, Eisenhowerlaan 114, 2517 KM Den Haag. Dit is een maandblad. Ab.prijs f 50,- per jaar. Voor 65+ en studenten f 40,- per jaar. Doelgroep bejaarden.
- 'Senior'. 14-daags tijdschrift voor het ouderenwerk in Nederland en Vlaanderen, ab. prijs f 81,50. Administratie: postbus 1918, 1200 BX Hilversum. Doelgroepen: beleid en beroepshulpverleners. Interessant voor ouderen die achter de schermen willen kijken.

#### B. BOEKEN

Er zijn honderden boeken die van belang zijn voor het leven en de problemen van de derde levensfase. Ze zijn voor een ieder gratis toegankelijk, want de meeste openbare bibliotheken hebben er een aantal van.

Omdat de inzichten aangaande de derde levensfase in het begin van de tachtiger jaren over een breed front zijn gaan veranderen, heb ik mijn keuze vooral gericht op boeken die na 1979 verschenen zijn. Een boekenlijst van een negentigtal nummers, voornamelijk uit de zeventiger jaren, is te vinden in het boek 'Leven met de jaren', onder redactie van Harriët Freezer (7de druk 1982). De boeken heb ik ingedeeld in drie categorieën:

1. Hoofdzakelijk populair, praktisch. Men hoeft er weinig ontwikkeling voor te hebben om ze te kunnen lezen.
2. Wat diepgaander dan de eerste categorie. Iedereen met wat meer ontwikkeling dan lagere school kan van deze boeken profijt hebben.
3. Vakliteratuur op HBO- en academisch niveau.

#### Categorie 1

M. Stoppard, Gezondheidsgids voor 50-plussers. Zomer en Keuning, 321 pag.

Een soort gezondheidsencyclopedie met per onderwerp informatie en eventueel praktische tips.

Harriët Freezer (red.), Leven met de jaren. Gottmer, 171 pag.

Vooral over het gezonde bestaan als oudere veel praktische deugdelijke informatie, niveau Libelle. Heel eenvoudig en makkelijk leesbaar, ook nog

voor het licht dementerende 'opaatje' en daardoor wat kneuterig van toon. Weinig diepergaande en achtergrond-informatie.

Doet U mee? Gezelschapsspelen en gespreksstof voor ouderen. Intro, 74 pag.  
Populair boekje voor tijdpassering voor vooral hoogbejaarden en bewoners van verpleeghuizen.

Marinus van den Berg, Zorgen als beroep. Intro, 66 pag.  
Over de leef- en ervaringswereld van zieken- en bejaarden-verzorgenden. Het is belangrijk dat ouderen die regelmatig contact hebben met verzorgenden, daar óók eens kennis van nemen.

J. Bernlef, Hersenschimmen. Querido, 160 pag.  
Roman over een bejaard echtpaar waarvan de man geleidelijk dement wordt. In de tekst zijn diverse verhalen vermeld over de belevenissen rond stervensprocessen.

#### Categorie 2

Bejaard. Hoe en wat. Deeltje in de serie 'Recht en Raad'. Kluwer/-Teleboek, 121 pag.  
De formele kanten van geldzaken, verzekeren, zelfstandig wonen, thuis-hulp, bejaardenoord, verpleeghuis. Duidelijke informatie over regels ter zake.

A.J. Herzberg en R.C. Kwant e.a., Hoezo te oud? Over ouder worden en zingeving. De Horstink, Amersfoort, 160 pag.  
Bundel opstellen van oudere Nederlanders over hun beleving van het oud zijn.

T. Valkenburg, Ouder worden, een gave en een opgave. Kok, Kampen.

J. Munnichs en H. Nies (red.), Ouder worden, Een eigen verantwoordelijkheid. Ambo, Baarn, 103 pag.  
Vijf psycho-gerontologen over zinvolle invulling van de ouderdoms-opgaven.

H. Diesfeldt, Te oud om te leren? Serie Cahiers Ouderdom en levensloop. Over mogelijkheden, onmogelijkheden en methoden.

C. Tempelman, Identiteit en identiteitsproblemen bij ouder wordende mensen. Serie: Cahiers Ouderdom en levensloop.  
Via vragen wordt het identiteitsaspect uitgewerkt. Begrijpelijk geschreven. (Ik vind het een goede grap ten opzichte van mijn opgroeiende kleinkinderen. 'Opa heeft óók zijn identiteitscrisis.)

Marinus van den Berg, Als ouderdom pijn doet... Serie Pastorale handreiking. Voorhoeve, 102 pag.  
Over de gevoelsbeleving van ouderen en familieleden bij tegenslag en verlies.

T. Valkenburg, Bejaarden in het ziekenhuis. De Tijdstroom.  
Over gevoelsbeleving van opgenomen ouderen. Voor hulpverlenenden maar ook onthullend voor patiënten en hun bezoek.

K. Smulders, Ouderdom en Voeding. Serie Cahiers Ouderdom en levensloop.  
Over de persoonlijke, sociale en culturele kanten van het eten.

Paul Watzlawick, Geluk is ook niet alles. Van Loghum Slaterus, 92 pag.  
Een verrukkelijk gek boekje over het oeverloze nut van ongeluk en hoe daar mee om te gaan.

Harold Kushner, Niets meer te wensen en toch niet gelukkig. Uitgeverij Ten Have, Baarn, 1985.

Marinus van den Berg, Afscheid serieus nemen. Voorhoeve, 118 pag.  
Bij het verwerken van verlies, bijvoorbeeld van een partner, kan dit boekje een grote steun zijn.

Marinus van den Berg, Als je maar gezond bent. Uitg. De Zonnebloem, postbus 2100, 4800 CC Breda, 24 pag.

J.A.M. Gray en H. McKenzie, Zorgen voor ouderen. Uitgeverij Intro, Nijkerk, 1987, 159 pag. Vooral gericht op allen die voor ouderen zorgen.

Aardige informatie, voor Nederland aangepast door H. Buysen.

### Categorie 3

Ursula Lehr, Psychologie van de ouderdom.  
Vanuit gerontologisch onderzoek ontwikkelde belangrijke inzichten.

J.C.M. Hattinga Verschure, Het verschijnsel zorg. De Tijdstroom, 175 pag.  
In dit boek heb ik de onderzoeksresultaten verzameld over 'het zorgen' en een ontwerp gemaakt voor het vakgebied 'zorgkunde'. Veel van wat hier beschreven is, vindt in 'het verschijnsel zorg' zijn meer theoretische en wetenschappelijke fundering.

W. van den Heuvel en G. Schrijvers (red.), Innovations in care for the elderly. De Tijdstroom, 176 pag.  
De diepgaande vernieuwingen in de zorg voor gezondheid van ouderen worden op wetenschappelijk niveau door verschillende onderzoekers behandeld.

Abram de Swaan, De mens is de mens een zorg. Meulenhoff, 251 pag.  
Opstellen over de samenhangen tussen de brede maatschappelijke veranderingen en de intieme beleveniswereld van de mensen die met elkaar die ontwikkelingen meemaken.

Cornelis Verhoeven, Een verleden als bezit. Serie Cahiers Ouderdom en levensloop.  
Filosofen over het verleden als bepalend en beperkend voor mogelijkheden en beloften en daardoor ook voor de inhoud van ons bestaan en de rijpheid van onze persoon.

J. Naafs, Leven in tehuizen: een leven waard? Serie Cahiers Ouderdom en levensloop, 148 pag.  
Levensloopaspecten van het wonen met als laatste halte het verzorgings- of verpleeghuis. Betekenis van het wonen, situatie en relaties.

Gezondheid als uitgangspunt. Nota 2000 in het kort. Staatsuitgeverij, 139 pag.

Een leesbare verkorte tekst van de grote, lange-termijn beleidsnota van het Ministerie van WVC over de vooruitzichten in de gezondheidszorg en het daarop af te stemmen overheidsbeleid.

Zorgvernieuwing door structuurverandering. Van Loghum Slaterus, 144 pag.  
Rapport van het Wetenschappelijk Instituut van het CDA. Voor lezers die politiek geïnteresseerd zijn in gezondheids- en zorgbeleid en om de hoek willen kijken in de politieke keuken.



# REGISTER

aanleun-huisvesting, 145  
aanpassingsvermogen, 122  
ADL-stoornissen, 26  
- gêne voor, 29  
- opvang van, 123  
- soorten en frequentie van, 30  
alarmsystemen, 39  
alleen-zijn, 66  
alleenstaand, 66  
Alzheimer, ziekte van, 129  
angst, 36

beenderstelsel, 20  
bejaardenoord, zie verzorgingshuis, 149  
bewegingsapparaat, 19  
- hulpapparaten, 122  
bewegings-efficiency, 24  
bewustzijnsverhoging, 77  
boodschappen doen, 42  
buren, 100

cholesterol en vaatziekten, 60  
clubs, 96  
comfort, 61  
congregaties (de Swaan), 97

dagprogramma, 65  
dementie,  
- frequentie, 129  
- preventie van, 127  
- thuisverzorging, 130  
diepvries, 43  
doodskeuze, 161

doofheid, 34  
draagkracht, 24  
- vergroten van, 32  
draaglast, 24  
- verkleinen van, 32  
droomslaap, 28

eenpersoonshuishoudens, 66  
eenzaamheid, afwenden van, 67  
elektrische deken, 45  
emoties, 81  
ergonomie, 24  
euthanasie,  
- actieve, 161  
- latente, 161  
existentiële zelfzorg, 76

familie-consultatie, 116  
filosofische stromingen, 88

geheugenfuncties, 46  
geheugen,  
- korte termijn-, 46  
- repro-, 47  
- vergelijkings-, 47  
geldzaken, 70  
geloven, 82  
geluk, 164  
genoten, 93  
gevoelskwaliteiten, 52  
gewrichtsklachten, 21  
gezondheid, recht op, 158  
graf en rouwverwerking, 86

heupfractuur, 20  
hiernamaals, 83  
huisarts, hulp van, 120  
huishoudzorg, 41  
hulpmiddelen, technische, 167  
hulpvraag, analyse van de, 117  
hulpvraagbesluit, medisch, 118

ik-cultus, 157  
incontinentie, 32  
informatie, adressen, 166  
informele zorg, 14  
inslaaptrucs, 27

kauwstoornissen, 33  
kinderen, relaties met de, 73  
kleinkinderen, 75  
kwaliteit van het bestaan, 52

laatste eer bewijzen, 139  
leefbaarheid, 61  
levenscontinuïteit, 151  
levensdoel, 76  
levenseinde, en zelfzorg, 84  
levensstijl, 160  
levensfuncties, 57  
levensverwachting in jaren, 79  
levens-voltooiing, 78  
lichaamsgewicht, normaal, 35  
liefde, 70  
life-capital, 60  
luxe, 63  
lijden, zin van, 162

maaltijden, snelbereiding, 43  
- warme, 42  
maatschappijverandering, 13  
mantelzorg algemeen, 90  
- actieradius, 91  
- afbrokkeling, 112  
- gevaren van, 114  
- motivaties tot, 102  
- ontlasten van, 116, 123

- ouderwets? 109  
- overzicht van, 98  
- primair netwerk van, 98  
- secundaire netwerken van, 100  
- wederkerigheid van, 106  
mantelzorgers, van een demente partner, 133

netwerken, sociale, 94  
nieuwe partner?, 72  
obstipatie, 57  
osteoporose, 20  
ouderdomsdepressies, 126  
ouderen,  
- acht leefsituaties, 140  
- boeken met verdere informatie, 168  
- flankerend beleid, 14  
- freelance werk, 109  
- hoge prestaties, 160  
- regeringsbeleid, 14  
- samenwonen van, 146  
- toekomst van, 79  
- zorg voor anderen, 108

partnerverlies, 67  
patiëntenverenigingen, 134  
preventie van 'kou vatten', 56  
reflexgeheugen, 46  
reukstoornissen, 35  
rouwverwerking, 86  
rusten, 27  
rust-roest, 12

samenleving zonder samen, 163  
senioren, boekenreeks, 167  
service-flats, 145  
sexualiteit, 71  
slaap, restauratieve, 28  
slaapmiddelen, 29  
slaap-processen, 28  
solidariteit, 154, 156  
spieren, 22  
staar, 34  
sterven,

- mantelzorg bij het, 138
- pastorale zorg bij het, 138
- thuis, 137

telefooncirkel, 40  
 Terebinth, 87  
 thuisverpleging, 125  
 thuisverzorging, 125  
 tijdsbesteding, 64  
 tijdschriften voor ouderen, 168

uitlijden, 37  
 urn en rouwverwerking, 86

veiligheid  
 - brandgevaar, 38  
 - inboedel, 38  
 - in huis, 36  
 - reeks 'tips', 37  
 - meer informatie, 167  
 verenigingen, 96  
 vergiftiging door medicijnen, 58  
 verhuizen  
 - bezwaren, 49  
 - besluitvorming, 51  
 verpleeghuis,  
 - veranderingen in, 155  
 - zorgverleners in, 155  
 verpleeghuiswezen, omvang van, 153  
 verwaarlozen van gezondheid, 157  
 verwachting en vervulling, 80  
 verzorgingsadviescentra, 124  
 verzorgingshuis, 149  
 verzorgingsstaat, 12  
 vetzucht, 35  
 voedselvergiftiging, 59  
 vrienden, 101  
 vrijwilligershulp, thuis, 135  
 vrijwilligerswerk door ouderen, 136

welvaartsgolf, 81  
 wilsbeschikking, laatste, 87  
 wonen, zelfstandig, 11

woningkeuze, criteria voor, 148  
 wooncarrière, 152  
 woongroep, 147

zelfcontrole op ziekteverschijnselen, 54  
 zelfhulpgroepen, 131, 102  
 zelfredzaamheid,  
 - competentieverhoging, 111  
 - omschrijving van, 5  
 - consultatie, 116  
 zelfzorg,  
 - doelstellingenfiguur, 53  
 - gevaren van, 114  
 - pietluttige, 158  
 - soorten, 15  
 - speelse, 159  
 ziekenhuisopname, gevaren van, 119  
 ziektenpreventie, 54  
 zorgconsumptie, 17  
 zorghond, 35  
 zorgmix, 139  
 zorgzame samenleving, 13

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See [www.historyofsocialwork.org](http://www.historyofsocialwork.org)

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie [www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----