

*'Ondanks al mijn kwalen...'*

Hoe ouderen over gezondheid denken

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Winters, Willem

'Ondanks al mijn kwalen...': hoe ouderen over gezondheid denken / Willem Winters. — Den Haag : Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid ; Nijmegen : Nederlands Instituut voor Gerontologie. — (Ouderen en Wetenschap ; dl. 6)

Met lit. opg.

ISBN 90-70911-07-8

SISO 324 UDC 613-056.2

Trefw.: gezondheid ; ouderen.

LIBRARY  
950111 078  
9 1000  
B  
1997  
02210 100 10001

---

Ouderen en wetenschap, deel 6

---

ISBN 90-70911-07-8

---

SISO 324 UDC 613-056.2

---

Trefw. Ouderen en Gezondheid, Gerontologie

---

# ‘Ondanks al mijn kwalen...’

Hoe ouderen over gezondheid denken.

1985



**NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Ouderen en Wetenschap

is een uitgave van de Nederlandse Federatie

voor Bejaardenbeleid en het

Nederlands Instituut voor Gerontologie.



## INHOUDSOPGAVE

pag.

Inleiding	7
1. Gezondheid, een wonderlijk terrein	9
2. Gezondheid in soorten	13
3. Het lekenmodel in brieven van ouderen	23
4. Geestelijke veerkracht; een volledige brief	39
5. Ziek zijn, beter worden en de rol van illusies	43
6. Minder feiten, meer begrip; over de consequenties voor beleid	49
7. De huisarts en de gezondheidsopvatting van ouderen	53
8. Tot slot	57
Noten	59

*Mijn ouders hebben mij geleerd  
Niet toegeven als je iets mankeert  
Maar voor je gezondheid strijden  
Dan zal je minder lijden.  
Voel je je 's morgens niet oké  
Ga dan aan de slag; dan valt het mee  
Als je aan alles toe gaat geven  
Verkort je zelf je leven.*

*Dus zullen de twee regels zijn  
niet toegeven aan verdriet en chagrijn  
als je iets bemerkt; op je hoede wezen  
probeer jezelf te genezen  
Niet over elk probleem gaan zitten kniezen;  
Want op zo'n manier moet je je gezondheid wel verliezen.  
Heb je je gezondheid lief;  
blijf dan zoveel mogelijk actief.*

Mevr. Oostenbrink

**O**ndanks al mijn kwalen... *hoe ouderen over gezondheid denken*, heet het in de titel van dit boekje. Misschien hebben sommige mensen op het eerste gezicht de neiging zo iets wat af te houden. Gezondheid gaat immers boven alles, en ouderdom komt met gebreken. Toch is bij nadere kennismaking de teneur van dit boekje positief.

7

De realiteit is dat ouderen een relatief groot beroep doen op de gezondheidszorg. De bijna 12% ouderen krijgen een bovenmatig groot deel (tussen 20 en 40%) van de wijkverpleging, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, terwijl de bezetting van verpleeghuizen voor meer dan 90% bestaat uit mensen boven de 65. Dit kan de suggestie wekken dat ouderen een ziek en zorg eisend deel van de bevolking zijn. Die conclusie mag men echter niet trekken. Niet alle ouderen mankeren wat, en bovendien: zij die wel wat mankeren, zijn niet allemaal doodziek. Over die laatste categorie gaat dit boekje. Ouderen die wel wat mankeren maar zichzelf niet ziek voelen.

Hoe dat kan, komt naar voren in een bespreking van begrippen als objectieve en subjectieve gezondheid. Het blijkt echter vooral uit brieven die ouderen over zichzelf schreven. In een van die brieven geeft de schrijfster een opsomming van alles wat haar mankeert. Toch schrijft zij: *'Ondanks al mijn kwalen* voel ik me nog tot alles in staat', waarna een indrukwekkende lijst volgt van haar activiteiten. Ook uit andere brieven blijkt dat men problemen met de gezondheid wel erkent, maar dat men toch een zo actief en volwaardig leven wenst te leiden. Een soort houding van *'Je moet er mee leren leven.'*

Dat wil allerm minst zeggen dat ouderen de professionele gezondheidszorg uit de weg gaan. De boven vermelde cijfers wijzen eerder op het tegendeel. Maar het ziet er naar uit dat de afweging die zij maken bij het consumeren van de gezondheidszorg (de diensten van de arts, het ziekenhuis etcetera) anders is dan bij dokters en andere professionele werkers in de gezondheidszorg. Niet wat medisch het meest passend is staat bij hen voorop, maar wat voor hen als ouderen acceptabel is.

In het hoofdstuk over de huisarts komt naar voren dat dit van geval tot geval bekeken moet worden. Ouderen blijken hun idee over gezondheid en ziekte in te bedden in een veelheid van andere aspecten van het leven: gezondheid is niet iets dat op zichzelf staat.

Daarmee wordt de strekking van dit boekje tweeledig. Ten eerste dat ouderen bij gezondheid veel andere belangrijke zaken van hun leven betrekken. En ten tweede: indien personen die in de gezondheidszorg met andere mensen omgaan hieraan voorbij gaan, dan zou de gegeven zorg wel eens niet of niet optimaal kunnen werken.



**D**it boekje gaat over gezondheid. Een wonderlijk terrein. Wetenschappers, deskundigen, gewone burgers en charlatans, iedereen heeft zo zijn ideeën en opvattingen over gezondheid en ziekte. Vaak komen die opvattingen overeen, maar soms ook zijn ze in strijd met elkaar.

In dit boekje zullen een aantal van deze aspecten van gezondheid en ziekte en de opvattingen daaromtrent aan de orde komen. Vooral zal daarbij nagegaan worden wat de opvattingen van ouderen zijn. Benadrukt zal worden dat ouderen de vragen, die betrekking hebben op ziekte en gezondheid, in de meeste gevallen in een veel breder kader plaatsen dan het strikt bio-medische. Vrijwel iedereen wil graag lang leven. Maar men wil dan wel gezond blijven. Voor veel mensen is gezondheid de hoogste waarde in het leven. Maar het blijkt weer te naïef te zijn om vervolgens te denken dat al die mensen zeer bewust met hun gezondheid omgaan.<sup>1</sup> Een blik in de kar met wekelijkse boodschappen uit de supermarkt laat veelal heel wat anders zien.

Omdat ieder er van overtuigd is dat de zorg voor de gezondheid van groot belang is, heeft ons gezondheidszorgsysteem in ruim honderd jaar enorm kunnen uitgroeien. Ziekten die vroeger een zekere dood betekenden zijn nu in een handomdraai verholpen. De medisch-technische deskundigheid is zeer groot. Veel geheimen van het menselijke lichaam zijn ontrafeld. Toch voelen velen zich ongelukkig met sommige kenmerken van dit systeem. Teveel staan afwijkingen, ziekten en kwalen centraal. Het lijkt wel of deze medische wereld maar slecht uit de voeten kan met 'de mens'. Als patiënt voel je je nogal eens hulpeloos, radeloos en dat met zo veel deskundigheid om je heen. Volgens sommigen ging de medische technologie een eigen leven leiden. Een vreemde tegenstrijdigheid...

Deze paradox gaat volgens sommigen zelfs nog verder: men beweert – met behoorlijk wat aanwijzingen in de hand – dat de gezondheidszorg zoals we die kennen, zélf de oorzaak is van veel ziekte.<sup>2,3</sup>

Zo'n uitspraak klinkt nog wonderlijker als je een dag later een deskundige hoort zeggen dat nog te veel mensen te lang

wachten met naar de dokter gaan. Veel ziekten zouden beter aanpakkt kunnen worden als mensen bij de eerste klacht gelijk een arts zouden raadplegen. Of liever nog, iedereen zou zich regelmatig moeten laten onderzoeken. Zelfs al zijn er geen klachten.

Naar omstandigheden gaat het goed, zeggen we vaak. Als we zelf beoordelen hoe we ons voelen dan wegen we de omstandigheden mee. We kennen zelf het beste de loop der gebeurtenissen, de haalbare alternatieven. Die verwerken we allemaal in onze uitspraak over onze eigen gezondheidstoestand. Artsen daarentegen hebben vrij strenge normen: bloeddruk, temperatuur, hartslag en dergelijke mogen slechts weinig afwijken van de norm.

Slechts bij enkele van deze punten wordt rekening gehouden met bijvoorbeeld leeftijdsvariatie. Het is dan ook geen wonder dat in veel onderzoeken medici tot de konklusie komen dat de mensen zieker zijn dan ze zelf denken. Iemand die gezond is, is nog niet voldoende onderzocht, wordt wel eens half schertsend gezegd. Dit zou zeker voor ouderen kunnen gelden.

Meer gezondheidszorg dus, meer geneeskundig onderzoek? Maar dan loert weer het spook van de medicalisering om de hoek.

De term medicalisering wordt voor twee zaken gebruikt: in de eerste plaats voor een overmatige invloed van het medische denken op het gewone dagelijkse leven. Bijvoorbeeld: er wordt niet meer gepraat over *lekker* eten, maar over *gezond* eten. Ontspanning zoek je niet voor je plezier, maar – joggen bijvoorbeeld – voor je gezondheid. Het is echter maar de vraag of het werkelijk zo gezond is om je hele dagelijkse doen en laten af te meten aan medische gezondheidsnormen. Eerder lijkt het erop dat de angst voor ziekte aangewakkerd wordt.

Met medicalisering wordt ook wel bedoeld het onnodig voorschrijven en gebruik van medicijnen en medische voorzieningen. De redenering ‘baat het niet, het schaadt ook niet’, gaat hier zeker niet op! Maar hoeveel kritiek er ook is, vrijwel niemand wil de huidige gezondheidszorg afschaffen. Daarvoor zijn er teveel verworvenheden.

Zonder meer pleiten voor meer of minder medische zorg of voor meer alternatieve gezondheidszorg heeft weinig zin, zolang we niet weten wat de mensen zèlf denken over hun gezondheid en over de zorg.

Wel weten we dat mensen hun eigen weg zoeken. Vanuit hun eigen opvattingen gaan ze naar de dokter of kopen zelf een middeltje. Nog weer anderen negeren de klachten of raadplegen een kruidenboek. Dit alles geldt in sterke mate voor ouderen: ouderdom komt met gebreken. Dat weet ieder. Maar de vraag is wat doen die ouderen met de gebreken...

Welke opvattingen hebben zij over ziekte en gezondheid? En als zij andere opvattingen hebben dan medici, moeten deze dan niet veel meer aan bod komen dan nu het geval is? Op deze vragen gaat dit boekje in.

*Wat komt in de volgende hoofdstukken aan de orde?*

– Wetenschappers – artsen, sociologen, gerontologen – hebben op verschillende manieren geprobeerd ziekte en gezondheid te meten. Daarvan wordt een overzicht gegeven. Opvallend is dat de opvattingen die mensen zelf – de leken dus – hebben over gezondheid, nogal sterk kunnen afwijken van de opvattingen van de wetenschappers.

In een onderzoek aan de universiteit van Groningen wordt nu juist de waarde van de opvattingen van de leek – in dit geval de oudere – benadrukt.

– In het bovengenoemd onderzoek werd ouderen gevraagd brieven te schrijven over hun leven, hun gezondheidstoestand en over de kwalen waarmee ze te kampen hebben. Deze brieven maken ons duidelijk dat de manier waarop ouderen denken over gezondheid niet los gezien kan worden van hun godsdienstige opvattingen, van de activiteiten die ze ondernemen en van de sociale relaties die ze onderhouden.

– Hoofdstuk vier bestaat uit een volledige brief van een oudere.

– Door een medisch-socioloog worden gezondheidsopvattingen zoals in de Groningse brieven van ouderen gekenmerkt als 'irrationeel'. Toch komen irrationale opvattingen ook voor in de

traditionele gezondheidszorg, zelfs bij artsen. Hoofdstuk vijf gaat onder het trefwoord 'illusies' daarop in.

- In de gezondheidszorg zou de opvatting van de leek, de patiënt, beter tot zijn recht moeten komen. Dat is de conclusie van hoofdstuk zes. De aandacht wordt gericht op het functioneren en op de kwaliteit van de gezondheidszorgvoorzieningen.
- In hoofdstuk zeven vertelt een huisarts over het zogenaamd 'methodisch werken'. Dat is een manier van werken van de huisarts waarbij de eigen beleving van gezondheid of ziekte van de patiënt vooropgesteld wordt. Door in te gaan op de verwachtingen van de patiënt krijgt deze gelegenheid uitdrukking te geven aan zijn beleving van ziekte of onwelbevinden. Een methode dus die goed lijkt aan te sluiten bij de conclusie uit hoofdstuk zes.

**V**an de medici hebben we geleerd dat een ziekte een begrijpelijke, aardse oorzaak moet hebben. In medische handboeken staat niets wat er op zou kunnen wijzen dat ziekte een straf van God is. Naarmate de oorzaken beter werden begrepen konden er doeltreffender bestrijdingsmethoden worden ingezet. Bemiddelt een sjamaan tussen de goden en de mensen, de arts bemiddelt tussen 'ons zieke lichaam' en 'onzelf'. Als je je niet aan de voorschriften van deze deskundigen houdt dan loop je grote risico's. De sjamaan kon niet altijd de goden naar zijn hand zetten; evenzo is er ook een grens aan het kunnen van de medicus.

Professor Dürrer<sup>4</sup> relateert het medische kunnen met de woorden: 'We zijn geen leugenstoffeerdere meer, omdat we onze onkunde beseffen, omdat we anderszins zoveel kunnen doen en kennis bezitten, die we overigens moeten verdiepen en verbreden. Een grootse taak! In dit licht zijn wij als uiting van passende bescheidenheid nietige medicijnmeesters'. Algemeen aanvaard in de medische wereld lijkt deze visie voorlopig nog niet.

De goden werden aanbeden uit angst voor de rampen van de wereld van alledag. Zo ook erkennen wij maar al te graag de autoriteit van medici uit angst voor ziekte en dood. Zij moeten ons behoeden voor deze rampzaligheden. Naarmate dokters deskundiger werden, breidde ook hun macht over ons dagelijks leven zich uit. Ook al voelde je je gezond, steeds was er de dreiging van ziekte; velen werden angstige patiënten.

Het was dan ook niet verwonderlijk dat er een tegenbeweging op gang kwam. Critici van het medische denken wijzen erop dat uiteindelijk artsen toch maar beperkte macht hebben: veel ziekten kunnen ook zij niet bestrijden. De pretentie dat de medische wetenschap voor alles een oplossing onder handbereik heeft leidt tot medicalisering op grote schaal.<sup>5</sup>

Medicijnen zijn geen ongevaarlijke wondermiddelen. Tien procent van de ziekenhuisopnamen betreft medicijnvergiftiging. Elk chirurgisch ingrijpen, al gaat het om nog zo'n onschuldige ziekte, brengt gevaar voor besmetting, ontsteking, bloeding of

narcosefouten met zich mee. Dit ingewikkelde complex rond gezondheid en ziekte komt verscherpt tot uiting bij het thema gezondheidszorg voor ouderen.

Naarmate mensen ouder worden loopt men meer kans op kwalen en ziekten. Bovendien verandert het lichamelijk functioneren op belangrijke punten. Veel onderzoekers breken zich het hoofd over de vraag: wat is normale veroudering? Wat moet als ziekte worden aangemerkt? Iemand zegt al: 'we moeten er voor oppassen dat we ouderdom niet gaan zien als een ziekte!'

Ook omgekeerde redeneringen kunnen we in de literatuur aantreffen. Professor C.F. Hollander<sup>6</sup> stelt dat arteriosclerose vroeger als een 'normale' verouderingsverandering gezien werd. Nu wordt dit in wetenschappelijk onderzoek beschreven als een ziekelijk proces, dat voor therapie vatbaar is. Hetzelfde zou wel eens kunnen opgaan voor andere ouderdomsverschijnselen, zoals gewrichtsslijtage. De scheiding tussen ouderdom en ziekte wordt op die manier onscherp.

*A. Een objectieve, een subjectieve en een functionele gezondheidstoestand*

De beleidsfunctionaris die het toekomstige aantal bedden in ziekenhuizen moet plannen wil graag weten hoe de 'feitelijke' gezondheidstoestand van ouderen is. Als je weet welke ziekten en afwijkingen in welke mate voorkomen, dan moet het toch niet moeilijk zijn om de toekomstige behoefte aan zorg uit te rekenen? Echter, bij nadere beschouwing blijkt al gauw dat dit probleem veel ingewikkelder is dan een simpele rekensom. Wetenschappers houden zich hier al jaren mee bezig. Al dat onderzoek naar ziekte en gezondheid van ouderen leverde een onafzienbare hoeveelheid cijfers op. Erg veel inzicht in de achtergronden en motieven van mensen, om bijvoorbeeld op een zeker ogenblik wel of niet gebruik te maken van gezondheidszorgvoorzieningen, kwam hier echter niet uit voort. Het resultaat van een onderzoek blijkt sterk af te hangen van de manier waarop het wordt uitge-

voerd. Hoe wordt gezondheid gedefinieerd? Welke normen worden gehanteerd bij het vaststellen van afwijkingen? Hoe streng zijn die normen?

Op vele manieren hebben wetenschappers geprobeerd gezondheid te omschrijven.<sup>7</sup> Ik zal al die definities niet herhalen; vier aspecten komen in de literatuur voortdurend terug, wanneer men de gezondheidstoestand wil meten. Het kan dan gaan om de objectieve, de subjectieve of functionele gezondheidstoestand. Deze drie aspecten zullen eerst toegelicht worden. Via het Groningse project 'Gezondheidsopvattingen van ouderen' komen we dan bij het vierde aspect: het individuele normstelsel of het lekenmodel.

### *Objectief*

Van objectieve gezondheid spreekt men als de onderzoeker wil meten of iemand wel of geen ziektes heeft. Ziekte is in deze opvatting een toestand van het lichaam die niet strookt met wat, volgens de norm van artsen, normaal genoemd wordt. Door middel van instrumenten – van thermometer tot EEG – probeert men de afwijkingen zo objectief mogelijk vast te stellen. Daarbij loop je als patiënt het risico ziek verklaard te worden terwijl je jezelf gezond voelt. Welke haken en ogen er aan dergelijk onderzoek zit illustreert het volgende:

Twee patholoog-anatomen onderzochten in 1957 de overleden bewoners van het gemeentelijk verzorgingshuis te Amsterdam op het voorkomen van onder meer kanker.<sup>8</sup> Bij 213 mannen van 70 jaar en ouder werd lijkschouwing gedaan. Er werden 103 kwaadaardige gezwellen gevonden. Daarvan waren 33 vóór het overlijden bekend. En dus waren 70 onbekend. De medici concludeerden dan ook dat een aantal ziekten en afwijkingen vaker voorkomt dan uit de officiële statistieken blijkt. Het lijkt wenselijk, zo stellen ze, ook deze groep – de ouderen – net als dat bij kinderen gebeurt, aan een periodiek onderzoek te onderwerpen. Tumoren zouden dan eerder gevonden kunnen worden. Een aantal van deze kankergezwellen zijn mogelijk, als ze in een vroeger stadium ontdekt worden, te genezen. Echter, menen deze artsen,

veel ziekten ontstaan eerder dan op 70-jarige leeftijd. Vandaar dat ze hun artikel afsluiten met een pleidooi voor een periodiek onderzoek voor de gehele bevolking tussen de 14 en 65 jaar.

Dit 'objectieve' verhaal vraagt om commentaar:

- hoe verantwoord is het om op basis van een onderzoek bij 213 mannen de hele bevolking aan medisch onderzoek te onderwerpen.
- in het artikel wordt niet ingegaan op die gevallen waarbij ook bij eerdere ontdekking toch niets te verhelpen zou vallen. En in hoeveel gevallen zou er sprake kunnen zijn van overbodig ingrijpen?

Belangrijk en misschien onverwacht is de volgende opmerking van de onderzoekers: Het 'blijkt dat vele kankers, hoewel ze soms groot en /of gemetastaseerd (uitgezaaid) zijn, zo weinig verschijnselen geven dat zij niet tijdens het leven herkend zijn'. In verpleeghuizen waar men lijkschouwing verricht kan men dit bevestigen. Hoeveel last ervoeren deze mensen van de tumoren? En weegt ingrijpen, opname, ziekenhuis, langdurige behandeling op tegen de blijkbaar geringe last? Vragen waarop de artsen in hun artikel geen antwoord geven. Zonder dergelijke antwoorden lijkt me het voorstel tot periodiek medisch onderzoek van de hele bevolking toch wel ietwat voorbarig...

In veel publikaties is er de afgelopen jaren op gewezen dat periodiek geneeskundig onderzoek veel valse veiligheid suggereert, medicalisering in de hand werkt en ontstellend duur is, terwijl het rendement – meer gezondheid – nogal twijfelachtig is. Toch duikt het idee van deze vorm van 'voorkomen is beter...' steeds weer op, bijvoorbeeld in pleidooien voor consultatieburo's voor ouderen of in preventieprojecten.<sup>6,9</sup>

Het idee dat vroege ontdekking van kanker ook een tijdige behandeling betekent wordt door Professor Dunning<sup>10</sup> een illusie genoemd. 'De vroegste ontdekking van longkanker is vrijwel altijd te laat en kan daarom nagelaten worden,' stelt hij.



*Subjectief*

Niet alleen de arts heeft een oordeel over de gezondheid van de patiënt. Deze laatste heeft dat zelf ook: de subjectieve gezondheid wordt dit genoemd. Een arts kan objectief vaststellen dat iemands bloeddruk iets te hoog is. Mogelijk heeft die persoon daar nog nooit enige last van ondervonden. Subjectief is er dus geen sprake van afwijking. Hoewel er in de literatuur uitgebreide vragenlijsten te vinden zijn, wordt de subjectieve gezondheid nogal vaak slechts gemeten met één vraag. Bijvoorbeeld 'Zoudt U, over het algemeen gesproken, uw huidige gezondheid beschrijven als: uitstekend, goed, redelijk of slecht?'<sup>11,12</sup>

Blijkbaar leggen mensen zelf andere normen aan om tot een oordeel over hun gezondheid te komen dan artsen. Want in het algemeen blijkt dat ouderen veel positiever oordelen dan volgens de objectieve methode gerechtvaardigd zou zijn. De vraag, die in dit soort onderzoek niet beantwoord wordt, blijft: welke normen hanteren mensen nou precies en hoe komen ze daaraan?

Zonder dat verder gezocht wordt naar de – misschien goede – redenen die mensen hebben om tot een positiever oordeel over zichzelf te komen dan artsen, worden de ouderen nogal eens van 'gezondheidsoptimisme' beschuldigd. Het gevolg daarvan, zo vreest men is dat 'problemen van bejaarden wellicht onvoldoende in het "medisch systeem" binnenkomen'.

Anderen daarentegen menen dat bestrijding van deze 'medische onderconsumptie' (het te weinig gebruik maken van medische voorzieningen) tot medicalisering zal leiden.

De vraag is of de persoon met de hoge bloeddruk van zopas wel of niet medisch behandeld moet worden. Artsen zullen daar wel op aandringen. Of de 'patiënt' daarin meegaat zal afhangen, bijvoorbeeld van de last die de therapie bezorgt, de mate van bezorgdheid over zijn gezondheid, de angst voor 'al die pillen' of het feit dat hij 'toch nooit geen last gehad heeft van die hoge bloeddruk'. 'Naar de dokter gaan' is een 'sociaal bepaald gedragspatroon'.<sup>13</sup> De een loopt snel met elk pijntje naar de dokter, de ander stelt een bezoek uit. Medebepalend hiervoor is ook hoe de mensen in de omgeving van de patiënt over gezondheid denken.

18 Hoewel dus de sociale achtergronden van belang zijn om het gezondheids-/ziektegedrag van mensen te begrijpen, bleef onderzoek op dit terrein tot nu toe vrijwel achterwege.

### *Functioneel*

Naast de zojuist genoemde twee werd nog een derde gezondheidsbegrip ontwikkeld. Hierbij tracht men na te gaan of en in welke mate er sprake is van onmogelijkheden om de gewone dagelijkse dingen te doen, zoals: je zelf wassen, aankleden, traplopen, het huishouden doen enz. Gezond ben je als je geen last hebt van zaken die je dagelijks functioneren in de weg staan. (A.D.L. = Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen). Soms worden de vragenlijsten die hierbij gebruikt worden door ouderen zelf, soms door de onderzoeker ingevuld. Hoewel ook deze vorm van onderzoek een zekere verruiming inhoudt vergeleken met het medische denken over gezondheid, blijft het een momentopname. Allerlei subjectieve factoren spelen bij de beantwoording een rol, maar worden verder niet in kaart gebracht. Natuurlijk is het duidelijk dat bepaalde ziekten en afwijkingen ouderen in sterke mate belemmeren in hun zelfstandig functioneren. Het meten van de functionele gezondheid, de zelfredzaamheid, is voor ouderen van groot belang: daarmee wordt immers bepaald of je wel of niet in aanmerking komt voor een verzorgingshuis of wordt nagegaan of je wel of niet naar een andere afdeling in het verpleeghuis moet worden overgeplaatst.<sup>14</sup>

Enkele Amerikaanse onderzoekers die zich met langdurig onderzoek op dit gebied bezighielden laten een voorzichtige waarschuwing horen: De mogelijkheden van ouderen om zelfstandig en onafhankelijk te blijven functioneren kunnen teniet gedaan worden door oorzaken die zeer uiteenlopen. Er kan sprake zijn van lichamelijke oorzaken, maar ook van emotionele of culturele (bv. gebrek aan relaties) of een combinatie hiervan. 'Het zou kunnen dat we, door het kiezen van een maatstaf voor functionele afhankelijkheid, een complex beeld ten onrechte versimpelen.'<sup>15</sup>

Alle drie tot nu toe kort besproken modellen roepen vragen op. Hoeveel inzicht geven deze definities en bijbehorende meet-

methoden. Te weinig, vinden sommige onderzoekers. De vraag wat gezondheid is is nog steeds niet duidelijk beantwoord. Wordt dat bepaald door de norm van de arts? Ben je gezond als je je eigen huishouden kunt doen of als je zelf vindt dat er niks aan de hand is? Er blijken sterk verschillende gezondheidsopvattingen te zijn. Die van de deskundigen hebben we hier even aangeroerd.

De opvattingen van leken, van patiënten, van de mensen zelf moeten nu wel aan de orde komen. Hoe moeten we anders ooit er achter komen waarom iemand, ondanks kwaaltjes of afwijkingen niet naar de dokter gaat? Een ander koopt liever zelf geneesmiddelen of gaat naar een alternatieve genezer. Nog weer andere mensen willen het liefst zo gauw mogelijk worden doorverwezen naar de specialist.

Andries Kroese, medewerker aan de vakgroep medische sociologie van de Rijksuniversiteit te Groningen, verwacht meer inzicht in deze materie te krijgen door onderzoek te doen naar, wat hij noemt, het 'individuele normstelsel'.

### B. Groningen: het 'lekenmodel'.

Vanaf mei 1981 wordt in Groningen vanuit de vakgroep medische sociologie gewerkt aan het project 'Gezondheidsopvattingen van ouderen'.<sup>16,17,18</sup> Er was sprake van kritiek op de wijze waarop allerlei onderzoek naar de gezondheidstoestand van ouderen tot die tijd was verricht. Steeds werd tot nog toe – zie voorgaande paragraaf – gedacht vanuit wetenschappelijke theorieën. Ouderen worden in dergelijk onderzoek gedwongen hún wijze van beleven van de werkelijkheid uit te drukken in begrippen die niet de hunne zijn. Bovendien werd geconstateerd dat de resultaten van dit onderzoek weinig of geen inzicht gaf in het praktisch handelen van mensen. Andries Kroese, medisch socioloog en centraal figuur van het Groninger project, zegt: 'Het probleem zit er niet in hoé gezondheid wordt gemeten, maar dat gezondheid wordt gemeten!'

Je kunt eindeloos blijven zoeken naar verfijndere meetinstrumenten. Het maakt daarbij weinig uit of je medische normen hanteert of sociaal wetenschappelijke. Elke keer maak je de fout

dat jij als onderzoeker het denkkader bepaalt. Het verhaal van de oudere moet daarin geperst worden. Het onbevredigende resultaat dat daarvan het gevolg is hebben we in de voorgaande paragraaf onder de loep genomen.

Bij het opzetten van het project 'Gezondheidsopvattingen van ouderen' heeft men dit mankement aan voorgaand onderzoek erg serieus genomen. Hoe kan het dan anders en beter? Dat bleek niet eenvoudig. In een aantal deelprojecten werd hiermee geëxperimenteerd. Om het normensysteem van ouderen zelf op het spoor te komen werden in eerste instantie ruim 60 gesprekken gevoerd. Daarin werd gevraagd wat zij, ouderen, verstonden onder gezondheid. Geïnformeerd werd ook naar hun ideeën over de huisarts, specialist, het ziekenhuis en verzorgingshuis. 'Maar', zegt Kroese, 'we dreigden het toch weer verkeerd te doen. We kregen natuurlijk een scala van antwoorden. Hoe kun je daar een analyse van maken. De antwoorden werden in groepen bijeengezet, er werden tabellen gemaakt, uitspraken over gezondheid bijeengeharkt tot we een beperkt aantal definities van gezondheid overhielden. In dit proces van bewerken ging het mis.' 'Je moet niet proberen om die tientallen uitspraken samen te vatten. Elk verhaal staat op zich. Elke analyse dreigt te leiden tot versnippering van dat verhaal.

We slaagden er niet in te beschrijven hoe mensen zèlf analyseren! Ook al omdat we in de interviews te sterk doorvroegen op gezondheid. Ons begrippenkader bleek toch weer sterk sturend te werken.' In een tweede onderzoek is de bruikbaarheid van het bijhouden van een logboek bekeken om zicht te krijgen op het gebruik van medicijnen. En voor een vijftiental studenten werd een leeronderzoek opgezet waarbij, aan de hand van een (gestructureerde) vragenlijst, met 164 ouderen werd gesproken. Hoewel men elke keer een stapje verder kwam, bleven de problemen in zekere zin dezelfde. Ouderen werden nog steeds min of meer gedwongen hun ervaringen te presenteren in het kader dat de onderzoekers aanboden. Het was duidelijk dat er nog minder gestructureerd gewerkt moest worden. Via de bladen van de ouderenbond werd toen aan oudere mensen gevraagd dagboeken of geschreven levensverhalen rond ziekte en gezondheid in te zenden.

Dat leverde de ruim vijftig brieven op die in de volgende hoofdstukken besproken zullen worden.

Echter alleen al de vraag naar ziekte en gezondheid en het in het brievenhoofd prijkende “medische-sociologie” zette de mensen te sterk op ons denkspoor.’ Anderzijds geven de brieven al veel meer zicht op de wijze van beleven van ouderen van de werkelijkheid omdat ook heel andere vragen werden gesteld:

- waarom ik sommige ervaringen nooit zal vergeten...
- wat verwacht ik van de toekomst...
- wat zou ik doen als ik mijn leven over zou mogen doen...
- waar ik in het leven veel waarde aan hecht...

(voor een volledige brief zie hoofdstuk vier)

‘We houden nu’, zegt Andries Kroese, ‘ook diepgaande gesprekken met ouderen om beter te begrijpen op welke manier zij verbanden leggen tussen ervaringen uit hun levensloop en hun huidige opvattingen ten aanzien van ziekte, gezondheid en welbevinden. Daarbij proberen we alles te vermijden wat verwijst naar medische zaken. We voeren nu “belangstellende gesprekken”. De eerste vraag is steeds: “Wat houdt u bezig”. Het is verrassend wat een thema’s zo’n vraag oplevert! Op die thema’s, die ouderen dus zelf aangeven, gaan we dan verder in. Voortdurend moet je daarbij je eigen normen en waarderingen zo veel mogelijk op de achtergrond houden. En je moet het verhaal niet onderbreken. Het mag niet uitmaken of mensen dan vertellen over hun kanariepiet of over de drama’s die ze in de tweede wereldoorlog meemaakten. Dit alles kun je niet los zien van hun reacties op en omgaan met ziekte en gezondheid. Het gaat erom te weten te komen wat mensen belangrijk vinden, wat hen dwars zit, waarover ze denken, waar ze blij mee zijn, enz. Dat bereik je niet als je van te voren, vanuit jouw wetenschappelijk kader een aantal thema’s aan de orde wilt hebben.’

Hij verwijst, voor wat betreft deze sterk kwalitatieve manier van onderzoek, een paar keer naar Williams. Deze Engelse onderzoeker analyseert intensieve gesprekken met ouderen. Hij gaat er van uit dat personen een eigen logica hanteren in hun denken en in hun reageren op de werkelijkheid. Dit geldt ook voor hun opvattingen over gezondheid en ziekte.

De levensloopervaringen bepalen de structuur van die logica. Williams toont aan dat het moeilijk, maar mogelijk is de persoonlijke logica te leren kennen. Binnen de Groninger projecten is een poging gedaan tot een dergelijke analyse.<sup>17</sup>

‘Het is duidelijk,’ vertelt Andries Kroese enthousiast, ‘dat het onderzoek zich steeds verder van dat ene begrip “gezondheid” heeft af bewogen in de richting van volledig begrijpen van ouderen. Ik heb door vallen en opstaan geleerd af te zien van ónze begrippen, af te zien van het willen meten van gezondheid en in plaats daarvan stel ik me nu tot doel te werken aan het begrijpen van ouderen.’

Tot nu werden een veertigtal gesprekken op deze wijze met ouderen gevoerd. Het project is nog niet afgerond. Op de vraag wat kun je nu met dit onderzoek, wat levert het op, kom ik terug in hoofdstuk zes over beleid.

**D**e belangrijkste bedoeling van dit boekje is: verduidelijken dat ouderen vraagstukken die betrekking hebben op ziekte en gezondheid in de meeste gevallen in een veel breder kader plaatsen dan het strikt bio-medische. Elke oudere doet dat op een geheel eigen wijze. De levenservaringen lopen uiteen. De taal waarin men zich uitdrukt, de begrippen die men hanteert, de normen en waarden die men voor zichzelf aanlegt, verschillen. Dat komt goed tot uitdrukking in de brieven die de Groningse onderzoekers ontvingen van oudere mensen.

Er zou dan ook voor te pleiten zijn om alle brieven in z'n geheel af te drukken. Dat zou een overstelpende hoeveelheid leesvoer – hoe interessant ook! – opleveren. En toch zou er ook dan nog slechts sprake zijn van een kleine selectie uit alle mogelijkheden.

Omdat het doel hier niet verder gaat dan verduidelijking, leek het me geoorloofd de brieven van ouderen te 'verknippen' en de fragmenten in een aantal thema's te rangschikken. Thema's die laten zien dat gezondheid voor ouderen meer betekent dan de juiste temperatuur en bloeddruk.

Van de zaken die door ouderen in verband gebracht worden met hun opvatting van gezondheid en ziekte komen achtereenvolgens aan de orde: godsdienst, actief blijven, sociale relaties, arbeid en de visie over gezondheidszorg.

Het overzicht is niet volledig; het blijft dan ook voor degene die in 't dagelijks werk met ouderen en gezondheid te maken heeft een vereiste om zelf met die oudere te gaan praten. Dat is de enige manier om het unieke van het 'denk-model' van juist die persoon na verloop van tijd te leren kennen. Maar is dat ook niet het meest fundamentele aan het meest gewone omgaan van mensen met elkaar?

### *Godsdienst*

Een groot aantal ouderen beschrijft de kwestie van gezondheid en ziekte in het kader van hun religieuze opvattingen. In ongeveer de helft van de brieven wordt op de een of andere wijze dit verband belicht.

*Mevrouw van Santen*\* bijvoorbeeld zegt het zo: ...‘Gezondheid heeft, vind ik, ook te maken met “innerlijke vrede” te hebben en ’t leven te aanvaarden als uit Gods hand.’

Levenslange ervaring heeft *mijnheer Güssing* met ziekte. Dat begint met rode hond in zijn kinderjaren. Een broer van hem tobt jarenlang met een nierziekte, zijn vader krijgt een maagzweer. Hij was toen twaalf jaar en moest een groot deel van het werk op de boerderij overnemen. Op 16-jarige leeftijd werd hij door de bliksem getroffen en raakte bewusteloos. In de laatste oorlogsjaren kreeg hij difterie. Later, hij was toen 45 jaar, raakte hij in een ziekenhuis. Er bleek zich een gevaarlijk gezwel ter hoogte van de blinde darm te hebben ontwikkeld. Hij zwaait ‘alle lof toe aan artsen en verplegend personeel’. Maar dat is niet het hele verhaal:

...‘Een wereld zonder God kan niet bestaan. Daarentegen zijn, met Gods hulp, alle dingen mogelijk. Mijn leven is daar een voorbeeld van. Nu ongeveer 22 jaar geleden dachten de specialisten, dat mijn leven niet meer te redden was. Nu 22, jaar later, ben ik nog zo actief, dat ik soms zelf verwonderd ben, dat zo iets mogelijk is.’

Eén mevrouw van 75 jaar, weduwe, vertelt dat ze bewusteloos ter wereld kwam. Vanaf het begin van haar leven was ze ziekelijk en zwak. Bronchitis, kinkhoest, hoofdpijn, geelzucht en leverkwalen krijgt ze te verwerken. Haar vader en moeder overlijden. Ze is dan 30 jaar en krijgt last van hartkloppingen. Daar komt ze door de klachten te negeren, snel overheen. Ze trouwt en krijgt kinderen. Op een winterdag tijdens het schaatsen maakt ze een val. De menstruatie stopt, ze raakt van streek en krijgt hallucinaties. In een ‘sanatorium’ worden 32 shocks toegediend. Hierdoor raakt ze haar geheugen kwijt, maar verder ging het, zegt ze, wel beter.

Op zekere morgen bracht de post een kleine enveloppe met een zondagsgroet erin. Er stond geen afzender op, alleen een tekst. ‘Verblijdt U te allen tijd, wederom zeg ik U, verblijdt U.’ ‘Ik las het en toen doorstroomde mij een kracht van vreugde en geluk door heel m’n wezen. ’s Middags werd ik bij de dokter ge-

\* De namen van de briefschrijvers zijn veranderd in verzonnen namen.



roepen en wat kreeg ik te horen? ‘*Mevrouw Uithof* ik kan U feliciteren, U bent genezen.’ ’t Klonk me als muziek in de oren. Het was een wonder van God.’

Twee ouderen beschrijven hun ervaringen met gebedsgenezing. *Mijnheer Talsma* schrijft over zijn jeugd: ...‘Volgens mijn moeder zaliger, werd ik geboren als ’n zielige baby, bijna zonder ontwikkelde huid. In het eerste jaar ben ik zes maal opgegeven door de huisarts.’

Door de goede zorgen van zijn moeder groeit hij toch uit tot een ‘flinke jongen’. Later kreeg hij last van duizelingen. Het bleek de ziekte van Ménière te zijn. Na krijgsgevangen geweest te zijn in Nederlands-Indië terug naar Nederland, omdat de duizelingen in alle hevigheid terugkwamen. ‘Op aandringen van mijn vader heb ik een bezoek gebracht aan het boertje van Winssum (gebedsgenezer). Hij heeft de handen op mijn achterhoofd gehouden en wat gepreveld. Dat was dat! Op de terugweg kreeg ik de hevigste aanval die ik ooit heb gehad, maar het was tevens de laatste.’

Uit een aantal brieven blijkt duidelijk dat veel ouderen op allerlei manieren verband zien tussen hun levensloop en hun geloofsopvattingen. Zaken van ziekte en gezondheid zijn niet los te zien van de bemoeienissen van God met de wereld. Dat wil helemaal niet zeggen dat al die ouderen bidden in plaats van naar de huisarts te gaan. Wel is duidelijk dat de arts voor hen geen gezondheidspriester is.

*Mijnheer Korte* heeft in dit opzicht een nogal radicale opvatting: ...‘Het ziekenfonds maakt de mensen ziek, U geschiede naar Uw geloof... God behandelt ieder persoonlijk, dat kan niet als je in het ziekenfonds bent. Durf Uw eigen risico aan.’

Een andere opvatting wordt beschreven door *mijnheer Van der Molen*: ...‘Gezondheid is een gave Gods. Onze huisarts over wie wij zeer tevreden zijn helpt ons hierbij.’

Een mevrouw van 69 jaar, die veel geleden heeft onder depressies, zegt dat ze in het leven de meeste waarde hecht aan het

geloof. Gezondheid betekent voor haar: ... 'Al zou je invalide zijn, al zou je alleen komen te staan, dan is gezondheid: innerlijk blij zijn, al huil je dikke tranen.'

Voor veel ouderen heeft het geloof een grote waarde. In nogal wat gevallen plaatst men het geloof boven de waarde die men aan gezondheid hecht. Welbevinden, gezondheid hangt voor een groot deel af van de mate waarin je vertrouwt op God. Voor slechts een enkeling is het geloof een alternatief voor medische behandeling.

### *Actief blijven*

Een ander aspect waarmee ouderen hun gezondheid in verband brengen is het actief zijn of blijven. Dit gebeurt op twee manieren:

- het actief zijn wordt door sommigen ervaren als een teken van gezondheid;
- maar ook wordt door een aantal ouderen het actief blijven aanbevolen om gezond te blijven.

In de volgende brieffragmenten komen deze verschillen duidelijk naar voren:

*Mijnheer Schipper*, voor wie ook de godsdienst een grote rol in zijn leven speelt vertelt: 'Van groot belang is ook, dat men zich kan bezighouden. Ik woon dicht bij een bibliotheek en dagelijks kom ik daar en lees allerlei tijdschriften en kranten.'

*Mevrouw Muurling*, 71 jaar, weduwe, schrijft: 'Ik was zeven jaar lang ambtenaar van de burgerlijke stand hier en had nog een paar bestuursfuncties. Toen ik 70 werd ben ik met de verplichtingen opgehouden. Ik begeleid nog het bejaardenkoor, doe wat aan bejaardenbezoek en help waar ik helpen kan. Mijn hobby is tekenen en schilderen. Ik kom vaak tijd tekort.'

Ouderen leven en denken gelukkig in vele gevallen heel anders dan de negatieve, stereotiepe opvattingen ons willen doen geloven: 'Ik weet dat mijn krachten uiteindelijk zullen afnemen en zal wel eens iets moeten laten schieten, maar hoop nog een poosje mee te mogen doen, want er is nog veel te doen in deze wereld,

en al heb je lichamelijke gebreken, er blijft voor ieder mens wel iets over om te doen!’

*Mijnheer Beukens*, 70 jaar, schrijft: ‘Na totaal 19 keer voor nier en hartziektes opgenomen geweest te zijn in ziekenhuis, aardige oude dag. Als je maar erg rustig leeft. En heb zeer veel aan sport gedaan. Zelfs nu met hart-trimgroep tot mijn 67ste jaar meegetrimd.’

‘Heb ook nog wat tijd gehad en gemaakt om jaren jeugd-, kerk- en vakbondswerk te doen. Was een erg doe-mens en dat houdt je naast je geloof dan ter been. Want als je veel geeft, ontvang je ook veel.’

Vanaf haar jeugd kreeg *mevrouw Nieuwland* (74 jaar) heel wat ziektes te verwerken; ook over de ziekte van haar man vertelt ze. ‘Maar,’ schrijft ze ‘gelukkig heb ik een nuchter verstand meegekregen. Niet zeuren want het haalt niets uit.’

Een paar maal in de week gaat ze kaarten in het buurthuis. En: ‘Ik ga al jaren tweemaal per week een oude buurvrouw bezoeken...’ Ze houdt zelf haar vierkamer flat schoon: ... ‘Ik probeer alles gezellig te houden, want dat is voor je innerlijk zo fijn.’

Hoe kun je zelf zorgen voor een gezonde oude dag? *Mevrouw Steenhuis*, gehuwd en 66 jaar oud geeft de volgende adviezen: ‘Vooraf toeleven naar je 65ste jaar; veranderingen treden op (man komt thuis). Grote stap, derhalve meer afspraken maken; onder andere hobbies bezien. Reizen, fotograferen en andere activiteiten ondernemen. Proberen in de tijd dat je nog samen bent leuke dingen te doen. Actief blijven. De overgang van grote drukte naar een rustiger bestaan valt niet altijd gemakkelijk. Ontspanning zoeken via bijeenkomsten (gesprek, spel e.d.) bijvoorbeeld eenmaal per maand fietsen of wandelen, zwemmen, gymnastiek. In ieder geval iets doen waar je belangstelling naar uitgaat.’

Uitgebreid vertelt *mijnheer Teigeler* over de erbarmelijke toestanden van vroeger. ‘Toen zijn mijn sociale gedachten al gaan werken.’ Hij vertelt hoe een afdeling van de Bond voor Tuinarbeiders werd opgericht. ‘Mijn vader werd daar toen lid... Ik werd een

jaar later aspirant lid van deze Bond. Wij werden in ons dorp de Roode Rakkers genoemd.' Deze ervaringen waren bepalend voor zijn verdere leven. En nu, wonend in een verzorgingshuis, vindt hij dat de levenservaring van ouderen te weinig gewaardeerd wordt: 'Dat voelt men dan als bejaarde. Als je niet meer meetelt, in deze gesprekken voor medebewoners of medebejaarden, mee te mogen werken, als het om sociale beleving gaat. Ja, dan wordt er een zware druk op je gezondheid uitgeoefend, omdat de belangen waarvoor men altijd heeft gestreden in de wind worden afgewenteld. Dan moet men zich als bejaarde (met tegenzin) erbij neerleggen.'

Op vele manieren komen activiteiten in de brieven van de ouderen naar voren. In brieven waar de activiteiten niet zo sterk benadrukt worden krijg je toch niet de indruk dat het dan om passieve ouderen gaat, die maar in alles berusten. Erg passieve ouderen hebben zich in dit onderzoekje waarschijnlijk zelf uitgeselecteerd; zij zonden ook geen brief.

In veel gevallen is het activiteitenpatroon op oudere leeftijd, ondanks ziekte en gebreken, een voortzetting – desnoods op een wat lager pitje – van het leefpatroon tijdens vroegere jaren.

Het volgende verhaal, van *mevrouw Stoffels* gehuwd, zestig jaar en zelfstandig wonend, is daar een goed voorbeeld van. Ze vermeldt de volgende kwalen:

- vanaf 12e jaar last van migraine;
- bij bevallingen kreeg ze infecties en borstontsteking;
- na haar 30ste voortdurend angina;
- eenmaal zwangerschapsvergiftiging;
- erg ziek geweest van het trekken van tanden en kiezen;
- evenwichtsstoornissen;
- problemen met menstruatie;
- last van haar rug;
- benauwdheid;
- te hoog cholesterolgehalte;
- verstopte kransslagader.

‘Ik voel me ondanks al mijn kwalen nog tot van alles in staat. Maak alle kleren zelf, schilder mijn huis op, timmer, boor en doe mijn tuintje. Ik ben intussen lid van de Philips-bejaardenbond en van de ANBO. Ook heb ik een abonnement voor acht concerten en doe ook nog een cursus vogelkennen’... Ik leef eigenlijk heel ongezond en wil van alles op de hoogte blijven. Politiek, muziek, autorijden, liefst heel hard en heel veel kilometers achter elkaar, in een keer naar Zwitserland of Oostenrijk naar de wintersport. Puzzelen tot in de nacht, een goed boek lezen tot in de nacht. Platen draaien, TV kijken, altijd de radio aan, liefst iets informatiefs. Familie bezoeken en urenlang bellen. Ook voor iedereen boodschappen meebrengen en helpen met patronen en naaien, handwerken, papieren invullen voor buitenlanders en ook nog adviseren bij hun problemen en bijvoorbeeld naar het gemeentehuis of de belasting. Voor de zoons en schoondochters wassen en helpen schoonmaken. Altijd de moeilijke ritsen, verstellen en truien breien. Helpen verhuizen. Ik sta zelf versted – als ik dit allemaal opschrijf – van mijn energie.’ Eerder in haar brief vertelt mevrouw Stoffels dat ze met enkele korte onderbrekingen 43 jaar gewerkt heeft. ‘Reeds vroeg geëmancipeerd’, stelt ze zelf kort en bondig vast.

Vooraf bij dit aspect, de relatie tussen gezondheid en activiteiten, moeten we sterk rekening houden met vertekening van de resultaten doordat waarschijnlijk de minder actieve of passieve ouderen er ook niet toe kwamen een brief te schrijven. De ouderen die hier aan het woord komen ondernemen van alles. Men wil ook na de pensionering actief blijven. Eventueel, als je last van kwalen krijgt, pas je je programma wat aan.

Ziekte is in dit verband niet zozeer een medisch-biologisch gebeuren, maar vooral een verstoring van gewaardeerde activiteiten.

Gezond blijven of genezen is niet alleen een kwestie van medische hulp, maar vooral ook zelf actief blijven. Misschien kun je niet blijven doen wat je tot nu toe gewend was, dat wil niet zeggen dat er niks meer voor jou voor handen is om bezig te blijven.

*Sociale relaties*

Uitgebreid vertellen de ouderen in hun brieven over de gezindsituaties vroeger, toen ze nog klein waren. Vroeger of later stichtten de meesten zelf een gezin en kregen kinderen. Sommige mensen bleven alleen. Bijvoorbeeld omdat ze een familielid te verzorgen hadden. Enkelen beschrijven hun relaties met de kinderen nu. En ook de contacten met vrienden en burens worden diverse malen belicht. Over al deze facetten zijn zowel positieve als negatieve opmerkingen gemaakt. In alle gevallen is het duidelijk dat de aard van de relaties invloed heeft op gezondheid en welbevinden van ouderen.

‘Ik heb een druk leven gehad,’ zegt *mevrouw Storm*. Ze is nu 81 jaar, heeft vijf kinderen grootgebracht en werkte onder andere in de kraamverpleging. Haar man is overleden. Over haar huidige situatie schrijft ze: ‘Tamelijk gezond, maar eenzaam. Er zijn maar weinig mensen (ook mijn kinderen) die een veel betere scholing hadden dan ik. Zij interesseren zich weinig voor mij. Hierdoor wordt je eenzaam. Toch ga ik naar een middagclubje van handenarbeid. Alle kinderen wonen ver weg. Alleen reizen doe ik niet meer. Jonge mensen gaan je een beetje uit de weg. Er is weinig contact en dat maakt je eenzaam.’

Welke invloeden zijn van belang voor de levensloop van de mens? Elk individu ontmoet andere situaties, doet andere ervaringen op.

Het verhaal van *mevrouw Walda*, die 63 jaar is en alleen staat, laat duidelijk zien hoe allerlei facetten in elkaar grijpen. Ze vertelt ‘fijne ouders’ gehad te hebben. ‘Wel werd ik in veel gevallen door mijn ouders teruggehouden om mij veel tussen de jeugd te begeven’... ‘Dat teruggetrokken leven heeft ook nu nog ik vele gevallen een verkeerde invloed op mij. Omdat ik, ongetrouwd zijnde en de laatste jaren geen baan meer hebbend, ook niet voor de volle honderd procent durf mee te doen.’

Sommige ouderen zijn ook erg openhartig als het om negatieve ervaringen gaat. *Mevrouw Van Wiene*, 88 jaar, weduwe, schrijft: ‘Ik zag het huwelijk als ideaal, evenals het gezin.’ Maar

toen haar man na de demobilisatie in 1918 thuis kwam, pakte het heel anders uit dan ze gedacht had. Hij had weinig waardering voor haar, schaamde zich dat zij bleef werken. 'Ik heb spijt dat ik getrouwd ben geweest, niet voor mijn kinderen, want daar ondervind ik veel liefde van...' Nu haar man er niet meer is voelt ze zich vrij. Ze woont nu 12 jaar alleen en de AOW is ruim voldoende, zegt ze. 'Ik ben nog gezond en kan op mijn 88ste jaar nog alles zelf doen. Je voelt je dan wel eens eenzaam, maar je moet proberen je er tegen te verzetten.'

Erg aangrijpend is ook het levensverhaal van *mevrouw Voorhorst*. Ze vertelt dat ze 'geen jeugd' gehad heeft. Ze moest haar moeder en de andere kinderen verzorgen. Na een huwelijk van 22 jaar gaat haar man, die ze niet in de steek wilde laten omdat hij 'zenuwpatiënt' was, samenwonen met een veel jongere vrouw. Na een leven lang zorgen voor anderen zegt ze nu: '... wat heel moeilijk voor me was en nog steeds is, is dat ik niet kan aanvaarden dat niemand me meer nodig heeft...'. '... maar ik heb gelukkig de moed er mij bovenuit te werken – niet altijd de kracht – maar je moet willen, geestelijk vooral...' En over artsen is haar mening: '... voor geestelijke pijn is geen middel, daar hebben ze geen tijd voor...'

'Maar', zegt ze, 'ik heb het geluk gehad dat ik, toen ik het wel eens erg moeilijk had, een vrouw heb leren kennen waar ik geestelijk rijker van ben geworden... ze is helaas al jaren dood, maar nog altijd denk ik aan haar...'

Welk belang ouderen hebben bij goede verhoudingen met kinderen en anderen wordt duidelijk in de volgende fragmenten:

*Mevrouw Langeweg*, 81 jaar, weduwe, schrijft: 'Onder gezondheid versta ik als 81-jarige, dat je ten eerste tevreden moet zijn met wat je overgebleven is. Ook – vooral – een zo goed mogelijke gezondheid en een zelfstandig bestaan, met toch veel liefde en hartelijkheid om je heen.' Grote waarde hecht ze aan 'het hebben van fijne kinderen, klein- en achterkleinkinderen...' Voor een gezond leven is het nodig 'na je 65ste jaar contact te blijven onderhouden met vrienden, kennissen en kinderen en kleinkinderen. Van belang is eveneens de telefoon' meent *mevrouw Pander* (66 jaar, gehuwd).

Na een beschrijving van veel ziekte, problemen en het overlijden van haar man zegt *mevrouw Rooks*: 'Altijd zorg, verdriet, pijn; maar het is me niet aan te zien gelukkig. Niet klagen, maar doorgaan en gezellig blijven. Ik heb 12 kleinkinderen, 2 achterkleinkinderen en ga naar allen toe. Zo blijft de band met allen goed.'

In relatie tot anderen kun je wat betekenen, kun je zinvolle dingen doen. Je leven blijft zo de moeite waard. Het ligt voor de hand te konkluderen dat het ontbreken van goede sociale relaties de risico's met betrekking tot onwelbevinden en het verergeren van kwalen (*je overgeven*) vergroot. Een belangrijke vraag hierbij is: hoe voorkom je dat ouderen hun gebrek aan sociale relaties of het tekort schieten van het relatiepatroon gaan *vertalen* in lichamelijke klachten. Ook al omdat dit voor velen de enige uitlaatklep lijkt. Want je kunt dan in ieder geval met iemand praten en die persoon is ook bereid wat te ondernemen.

### *Arbeid*

'Ouderdom komt met gebreken,' zegt het spreekwoord. Daarmee wordt gemakkelijk gesuggereerd dat het een kwestie van leeftijd is. Echter, al vele malen is het effect van arbeidsomstandigheden op de gezondheidstoestand onderwerp van onderzoek geweest. En het is duidelijk dat die omstandigheden veel ziekte en kwalen veroorzaken. In de brieven van ouderen wordt dit onderwerp ook verschillende malen beschreven.

*Mevrouw Schneider* vertelt hoe haar man in de dertiger jaren zonder werk kwam en besloot een kruidenierswinkeltje te beginnen. Hij bleek echter 'absoluut geen zakenman te zijn'. 'Te secuur en te eerlijk. Het hele zakendoen stuitte hem tegen de borst. Na een jaar of vijf kreeg hij dan al een maagzweer en heeft driemaal een maagbloeding gehad.'

Als gevolg daarvan nam *mevrouw Schneider* veel van het zware werk over. 'Ik heb,' zegt ze, 'teveel van mezelf gevergd en kreeg versleten heupen.' Jaren later overlijdt haar man aan maagkanker en zelf moet ze dan aan beide heupen worden geopereerd.



*Mevrouw Van Bruggen*, 78 jaar, nooit gehuwd geweest, zegt 'levenslang geleefd te hebben in de overtuiging zwak te zijn'. 'Zenuwen, zenuwen! Daaraan werd iedere pijn of afwijking geweten. Na 40 jaar dienst kreeg ik één jaar en drie maanden ziekteverlof. Een afgedankte schooljuffrouw!' 'Of ik me nu anders voel dan vroeger? Nou en of! Vrij! Het is een zwaar juk geweest, die 40-jarige dienst.'

Zijn hele leven is *mijnheer Rinkelman* actief geweest om sociale verbeteringen te bewerkstelligen. Hij schrijft: 'Ziekten zijn vaak symptomen van de druk, die er van de naaste omgeving of door de samenleving in haar geheel, op de afzonderlijke mens wordt uitgeoefend.'

Een voorbeeld daarvan geeft *mevrouw Thoelker*. 'Mijn zuster heeft te jong de zware taak in ons gezin overgenomen en is daardoor zwaar belast. Voeg daarbij de periode van oorlog, spanning en slechte voedingstoestand en het zal niet verbazen dat haar gezondheid de jaren door niet sterk geweest is. Zij heeft een duidelijke tol betaald.'

Over zichzelf vermeldt ze: — druk beroepsleven, leidinggevende functie en alle extra activiteiten die dat met zich bracht — 'ik pleegde roofofbouw op mezelf en brandde mijn reserves op.'

Haar man was onderwijzer, schrijft *mevrouw Van Strien*. Hij kreeg 'problemen' met een jongere collega. Uiteindelijk besluiten ze te verhuizen. Volgens mevrouw Van Strien kreeg hij van de spanningen een hersentrombose. Daarna, na een aantal malen in een ziekenhuis te zijn behandeld: 'De VUT-regeling werd van kracht, waar we gebruik van hebben gemaakt, zodat hij niet gekeurd hoefde te worden, want het leek hem vreselijk om afgedankt te worden.' Een jaar later raakt hij totaal verlamd, raakt in coma en overlijdt.

Veel ziekten en gebreken komen niet plotseling opzetten, ontstaan niet vanwege het feit van het passeren van een zekere leeftijdsgrens. Jarenlange overbelasting van mensen op hun werk blijft niet zonder gevolgen.

Ziekteverzuimcijfers verschillen sterk per bedrijfstak, evenals het risico op een ongeluk en beroepsziekten. Gezien deze indicaties tussen beroep en ziekte is het geen wonder dat de gemiddelde leeftijd per beroepsgroep nogal kan variëren.

Op dit terrein zou de sociale geneeskunde belangrijk werk kunnen verrichten voor een gezondere ouderdom.

#### *Ouderen over gezondheidszorg*

In de literatuur worden vaak de verworvenheden van de gezondheidszorg naar voren gehaald, maar er is ook kritiek.

De arts *Van der Mijn* somt deze kort en bondig op:

- er wordt meer onderzoek gedaan dan voor een verantwoorde diagnose nodig is;
- er worden te veel medicijnen voorgeschreven;
- behandeling en verpleging duren soms onnodig lang;
- er wordt nogal eens te automatisch gehandeld.

En een hoogleraar interne geneeskunde stelde dat 'naarmate het aantal mogelijkheden tot medisch handelen toeneemt, neemt het nadenken eróver af!'

Wat vinden we in de brieven van ouderen hieromtrent?

Een enkeling ziet de gezondheidszorg als een regelrechte bedreiging van de gezondheid; velen maken kritische opmerkingen. Omtrent sommige artsen is men vol lof.

In de brieven van de ruim vijftig ouderen worden honderden kwalen en ziektes beschreven. Op velerlei manieren hebben deze ouderen ervaringen opgedaan met huisartsen en specialisten. Ervaringen die henzelf betreffen, de kinderen, de partner of andere familieleden. In een aantal brieven worden de toestanden vroeger in de gezondheidszorg belicht, maar ook vele recente gebeurtenissen worden beschreven. Een paar ouderen bevelen in sommige gevallen aloude recepten uit de 'volksgeneeskunde' aan. Nog weer andere vinden soms baat bij de zogenaamde alternatieve geneeskunde.

Waarom zijn er zoveel ouderen die niet zo snel naar de dokter lopen?<sup>18</sup> *Mijnheer Groenhof* geeft een aantal redenen: Vroeger liepen mensen bij verkoudheid, reumatiek, bronchitis en vele andere kwalen ook niet direct naar de dokter, maar brouwden zelf allerlei middelen om het kwaad te beteugelen. Indien men in mijn jeugd in een ziekenhuis werd opgenomen, dan werd men voor 90% afgeschreven! Bevallingen gebeurden altijd thuis.'

Er zijn nogal wat ouderen die kritiek hebben op de manier waarop ze werden behandeld. Zelf heeft de heeft Groenhof geen klachten over het tijdgebrek van de specialisten. Toch zegt hij, is dat 'de oorzaak dat veel mensen zich tot de alternatieve genezers wenden, die hen het gevoel geven van tijd te hebben en te luisteren.'

Deze aspecten worden ook door *mevrouw Hopman* (69 jaar, weduwe) benadrukt. Jarenlang leed ze aan depressies 'waar men geen raad mee wist'. Maar ook schrijft zij: 'Een van mijn eerste huisartsen was als een vriend-vader, want hij kon luisteren en dingen zeggen die je zelf nooit uitgedacht zou hebben.' 'Praat me niet over specialisten en dat zijn in mijn geval psychiaters. Maar éénmaal heb ik een psychiater ontmoet, waar je normaal mee kon praten. Al de anderen waren "zwevend" en zij wisten het maar al-één en trokken allemaal verkeerde conclusies, waar je je niet tegen verdedigen kon, want je kon nergens in beroep gaan. Van de ziekenhuizen heb ik vrij goede gedachten, alhoewel het zo naar is dat je niet als "gelijke" behandeld wordt, maar erg "betutteld".'

*Mevrouw Koops* is jarenlang, onder andere als directrice van een ziekenhuis, in de gezondheidszorg werkzaam geweest. Later is zij afgekeurd en in de WAO terecht gekomen. Nu is ze zelf nogal eens patiënt. Haar moeder werd jarenlang met homeopatische middelen behandeld. 'Toen zij tenslotte bij de specialist kwam, was ze niet meer te redden, maar wie zal zeggen of in een eerder stadium nog herstel mogelijk was geweest, waar ze ook nu nog vaak onmachtig staan bij kanker?' Haar mening omtrent de verschillende stromingen in de geneeskunde: 'Zelf ken ik te goed ook de bezwaren van de reguliere geneeskunst. Jarenlang ben ik

daar actief bij betrokken geweest, als verpleegkundige, later als patiënte. Ik werd toen slachtoffer van een medicijnvergiftiging. Voor mij hebben zowel de reguliere als de alternatieve geneeskunde hun eigen mogelijkheden en grenzen.'

Sinds ze ophield met werken kwam ze voor verschillende klachten bij diverse specialisten: 'Door rugklachten kwam ik bij de orthopedisch chirurg. Lange wachttijden, maar eenmaal binnen vond je een specialist die alle tijd voor je nam. Hij had ook aandacht voor de hele mens en niet alleen voor de plaatselijke klachten. Ik kwam terecht bij de oogarts, kaakchirurg, de oorarts en heb geen klachten.'

Maar toch, even verderop in haar brief zegt ze: '... ik heb altijd een soort ontzag voor artsen, ervaar duidelijk de afhankelijkheid. Vooral toen ik zelf aan de grond zat. Ik merk dat ik slechts langzaam een mondige patiënt word.'

Nadat een internist geen verklaring had kunnen geven voor de bij haar vaak voorkomende temperatuurstijging schrijft ze: '... ik kreeg de indruk dat het niet belangrijk was. Niet voor hem, nee, voor mij wel. Ik heb er de last van en wilde het graag kunnen verklaren...' Die verklaring krijgt ze als ze een tijdje later in contact komt met een iriscopist. Ze zegt: '... ik voelde me erkend in zijn opmerkingen over mijn constitutie.'

Tot zijn 63ste jaar was hij nog actief in het beroepsleven, vertelt *mijnheer Wiegman*. Plotseling kwam daar een erg drastisch einde aan: '... ik moest worden opgenomen in een ziekenhuis voor een aambeienoperatie, waarvan ik nooit enige hinder of pijn had gevoeld. Na een week observatie werd ik geopereerd en is mijn dikke darm weggenomen en een kunstmatige uitlaat aangebracht. Ik was niet geïnformeerd en er was geen toestemming gevraagd voor deze ingreep.'

Tegenover de vele negatieve ervaringen van ouderen met artsen en specialisten staan ook positieve. Veel ouderen geven in hun brieven een genuanceerd oordeel. Erg veel lijkt af te hangen van de individuele arts, verpleegster of specialist. Naast degenen die niet zo best uit de voeten kunnen met 'de hele mens' zijn er

zeker ook velen die een sterke vertrouwensrelatie weten te leggen met de – in dit geval oudere – patiënt.

In de brieven wordt dan ook herhaaldelijk gesproken over ‘goede contacten’ en ‘alle lof voor artsen en verplegend personeel’. Iemand schrijft dat de professor die hem al 25 jaar begeleidt dat doet ‘als een broer’.

*Mevrouw Dusselaar* moet voor haar neus en ogen voortdurend naar een specialist. Dat is een jonge dokter, die zegt ze, mij ‘fantastisch helpt en ook vooral hartelijk is. Hij verdient de hemel aan mij’.

Een echtpaar schrijft over hun huisarts, die ze hoogachten en waarmee ze ‘uitstekend een gesprek kunnen voeren’.

Een andere brieveschrijfster vindt het prettig dat behandelende specialisten haar altijd ‘volledige inzage in de uitslag gegeven’ hebben.

Een interessant onderdeel van de brieven van ouderen vormen de verwijzingen naar de volksgeneeskunst.

Een enkele brieveschrijfster zegt nog steeds gebruik te maken van de recepten uit de volksgeneeskunde. Anderen kennen de recepten soms nog wel maar passen ze zelf niet meer toe.

*Mevrouw Oostenbrink* verwondert zich er over dat de huisarts de genezende werking van een *waterverband* niet kent. Toen haar haar uitviel dacht ze: ‘gauw pekelharing gehaald en mijn haar behandeld...’

Haar mening over het gebruik van de gezondheidszorg voorzieningen is uitgesproken: ‘... de oudere moet niet altijd naar ziekenhuis of dokter lopen. Mijn ouders liepen ook niet naar de dokter en daar heb ik gelukkig veel van geleerd. Als ze tegenwoordig last hebben dat ze niet naar het toilet kunnen gaan ze naar de dokter, maar wat kost dat niet? Bruine bonen met haché is nog lekker en kerngezond ook.’

Eén van haar vaders arbeiders werd vroeger genezen van een open been door er levende garnalen op te binden en zich zat te drinken. Zelf genas ze een wond aan haar been door er een klodder zachte zeep op te doen. Daar overheen engels pluksel met Zwitsal, een platte spons erop en de kous er over.

Een andere mevrouw noemt wel enkele recepten uit vroeger dagen. Maar, zegt ze, die werden uit armoede gebruikt. Uit haar verdere verhaal blijkt nergens dat ze nu zelf nog dergelijke middelen gebruikt.

Het gaat er hier niet om uit te maken of de ouderen ongelijk hebben, maar om te laten zien dat er verschillende opvattingen bestaan, en dat deze het gezondheidsgedrag van ouderen waarschijnlijk belangrijk beïnvloeden.

Uit de volgende brief heb ik in het voorafgaande een paar maal geciteerd. Het leek me zinnig deze brief in zijn geheel op te nemen – ook andere brieven zouden in aanmerking kunnen komen – om te laten zien op welke manier de uitspraken die ouderen doen over gezondheid, ziekte en gezondheidszorg ‘passen’ in hun persoonlijke verhaal.

De brief is geschreven door *mijnheer Giessing*. Hij is 66 jaar en woont zelfstandig.

‘Mijn allereerste herinnering betreffende ziekte is dat wij met 5 broertjes tegelijk in bed lagen met rode hond. Vervolgens dat mijn broer die op mij volgde, jaren getobt heeft met één of andere nierziekte. Hij is er later wel overheen gekomen en leeft nog steeds.

Wat later werden wij opgeschrikt toen onze vader op een nacht hevige pijn kreeg en na wat onderzoek een maagzweer bleek te hebben. Hij heeft daar nogal wat mee getobt en dat betekende voor mij (ik was toen 12 jaar), dat ik als oudste van 7 jongens de boerderij voor een groot deel moest runnen, uiteraard met hulp van moeder en de jongere broers. Iedereen deed wat.

Op 16-jarige leeftijd werd ik op een zomernacht door de bliksem getroffen, in huis. Heb toen een poosje bewusteloos gelegen, maar ik kwam weer bij. Op hetzelfde moment werd ± 150 meter bij ons vandaan een jonge vrouw van 19 jaar dodelijk getroffen.

Ook in die jaren was kanker al een veel voorkomende ziekte. Ik herinner mij dat er aan die ziekte, bij ons op het dorp, een hele familie is uitgestorven. Blindedarmontsteking was toen ook nogal eens de oorzaak van het overlijden (van vaak jonge) mensen, doordat de kwaal te laat onderkend werd en dan ontaardde in buikvliesontsteking.

Wat de contacten met artsen betreft? Als kind zijnde herinner ik mij nog onze dorpsarts. Een man met een grote baard en een geweldige buik. Ik vond het een griezel. Latere artsen waren aardige mannen en ook zeer kundig. Ik weet nog dat een van onze artsen met behulp van een wijkverpleegster iemand heeft geopereerd. Wij woonden namelijk op Ameland en in de wintertijd

was de zaak nogal eens geïsoleerd tijdens strenge vorst. Dus moest de huisarts maar ingrijpen om een leven te redden. In het laatste oorlogsjaar kreeg ik difterie. De toen op het eiland wonende arts heeft er alles aan gedaan om die kwaal weer meester te worden. In mijn geval is het gelukt, maar anderen zijn er aan overleden.

Waarom ik sommige ervaringen nooit zal vergeten? Wel ten eerste omdat het allemaal nogal aangrijpend was. Het was duidelijk een kwestie van dood of leven. En daarboven uit, heb ik in al die ervaringen Gods hand gezien. Hij was het die mij door al die gevaarlijke momenten heeft geholpen en geleid.

Want met specialisten heb ik ook te maken gehad en ook zeer goede ervaringen opgedaan. Toen was ik 45 jaar. Ging voor onderzoek naar het ziekenhuis en dat verblijf liep uit tot vijf maanden. Ik had een toen nog bij de specialisten onbekende kwaal. Het was een gezwel ter hoogte van de blinde darm, waarvan men de oorzaak niet kon vaststellen.

Na veel röntgenonderzoek besloot men maar eens te gaan kijken en bleek mijn buikholte al vol pus te staan. Met drie gaten in mijn buik heb ik toen drie maanden gelegen en daarna hebben twee chirurgen een ingreep gedaan. De darm afgesneden en op een gezonde plek weer in elkaar gezet. Alles verder laten zitten in afwachting of dat via natuurlijke weg wilde genezen. En dat is gebeurd. Een open buik had ik nog acht maanden nadien, maar het gezwel is geleidelijk aan verdwenen, en na acht maanden was dan ook het laatste gat in mijn buik gesloten. Alle lof voor artsen en verplegend personeel.

Hoe ik mij nu voel? Wel, uitstekend. Ik heb na de hiervoor omschreven gebeurtenissen nog tot aan mijn 65ste jaar mijn werk mogen doen. Ben toen wel gestopt met het gewone werk, maar metéén doorgedaan met andere taken en heb nog steeds een dagvullende taak. Ik weet dat mijn krachten uiteindelijk wel af zullen nemen en zal wel eens iets moeten laten schieten, maar hoop nog een poosje mee te mogen doen, want er is nog veel te doen in de wereld, en al heb je lichamelijke gebreken er blijft voor ieder mens wel iets over om te doen!



Wat ik doe om gezond te blijven? Voor mijn gevoel niet zo erg veel. Ik leef gewoon van de ene naar de andere dag. Sta niet te reiken naar iets waar ik niet bij kan, want dat geeft overspannen mensen, en overspannen mensen zijn rijp voor allerlei kwalen.

Wat ik verwacht van de toekomst? In het algemeen dit: de mensheid gaat een zeer onzekere en barre toekomst tegemoet. Er is een algemene roep om vrede en er komt oorlog. Men wil éénheid en de onenigheid wordt steeds groter. Men wil welvaart voor ieder en de mensen sterven als ratten in sommige delen van de wereld. Hoe komt dat?

Ik weet niet of U wel eens in de Bijbel leest, maar daar kunt U vinden waarom alle inspanningen van mensen, zonder God daarbij te betrekken, tot mislukken gedoemd zijn. Een wereld zonder God kan niet bestaan! Daarentegen, met Gods hulp zijn alle dingen mogelijk. Mijn leven is daar een voorbeeld van. Nu, ongeveer 22 jaar geleden, dachten de specialisten dat mijn leven niet meer te redden was. (Ze hebben me dat eerlijk gezegd.) Nu 22 jaar later, ben ik nog zó actief, dat ik soms zelf verwonderd ben, dat zoiets nog mogelijk is.

Voor mijzelf heb ik dan ook geen zorgen voor de toekomst. Voor vandaag ben ik dankbaar en voor morgen weet ik dat God in Jezus Christus mijn leven in zijn hand heeft. Dat geeft rust in het hart en van die rust kan je soms ook nog iets uitstralen in je omgeving.

Wat verwacht ik van artsen en specialisten of andere helpers? Allereerst dat ze eerlijk zijn. Patiënten iets wijsmaken is de slechtste dienst die men een patiënt bewijzen kan. Ieder mens weet dat aan zijn leven een einde komt, vroeg of laat, en dient dat ook te weten als het zover is. Ten tweede wil ik niet dat als het eenmaal zover is, men met allerlei kunstgrepen probeert mijn leven te redden. Ik heb de ellende daarvan maar al te vaak gezien en beklag die stumpers, die dat allemaal nog moeten ondergaan. Want leven kun je dat in veel gevallen niet meer noemen, ze bestaan alleen nog maar.

Als het mogelijk zou zijn om mijn leven over te doen, zou ik waarschijnlijk predikant worden. Want ik zie in mijn omgeving enorm veel geestelijke nood, daar zou ik dan beter iets aan kunnen doen dat nu het geval is.

Een mens is gelukkig en gezond als hij in staat is door geestelijke veerkracht veel van zijn lichamelijke klachten te overwinnen, niet met allerlei probleempjes naar een arts loopt en dan maar allerlei rommel slikt.

Ik hecht geen waarde aan het bezitten van veel geld en goed, want dat heeft maar betrekkelijke waarde. Wel een goed gezinsleven is belangrijk en goede betrekkingen in bredere familiekring en een goede verstandhouding met de mensen waarmee in aanraking komt, door werk of anderszins. Verder hecht ik veel waarde aan het feit, dat ik nog in staat ben om iets te betekenen voor de medemens. Of bijbels gezegd: tot een zegen te mogen zijn in in omgeving waar God ons heeft geplaatst.

Dit was dan zeer beknopt, mijn antwoord op Uw vragenlijst. Ik zou nu ik weer eens in het verleden ben gedoken, nog vele vellen vol hebben kunnen schrijven, want er kwam weer van alles naar boven, waarvan ik dacht het allang vergeten te zijn.

In de vorige twee hoofdstukken waren ouderen zelf aan het woord. Het is duidelijk dat hun denken over gezondheid en ziekte slechts voor een deel overeenkomt met het medische denken. Het kader waarin ouderen ziekte en gezondheid plaatsen is niet los te zien van belangrijke andere aspecten van hun leven en leefpatroon.

Hun opvattingen omtrent gezondheid variëren daardoor sterk. De vraag rijst nu of deze opvattingen van ouderen grotendeels fout zijn omdat ze indruisen tegen de 'feiten' van de medische wetenschap.

In dit hoofdstuk zullen we proberen het indelen in *juiste* en *foute* opvattingen te doorbreken.

Ook in medisch-sociologisch onderzoek wordt een diversiteit aan opvattingen onder de bevolking gesignaleerd.

Bekend en veel geciteerd is de indeling van de medisch-socioloog Cassee.<sup>19</sup> Alle opvattingen die niet stroken met de medische noemt hij irrationeel. Hij stelt dat de mensen die deze opvattingen aanhangen gekenmerkt worden door een 'traditioneel-magische ziektebenadering'.

In zijn onderzoek vond Cassee de volgende drie 'irrationele' opvattingen: Veel mensen zeggen dat ziekte verband houdt met een verkeerde manier van leven. Een rein en eerlijk leven voorkomt veel ziekte. Omdat de mens te ver van de natuur leeft ontstaan ziekten. Anderen benadrukken religieuze factoren: ziekte is dan een straf voor zonden en het gebed is het beste geneesmiddel. Omdat veel ziekten ontstaan door verstoringen in de natuur, zeggen nog weer anderen, moeten we geneesmiddelen ook in de natuur zoeken. Medicijnen kun je maar beter niet te veel innemen.

Verder stelt Cassee dat deze ziektebenaderingen gekenmerkt worden door het feit dat men ziekte ziet als een dreiging, waartegen men min of meer machteloos is. Men heeft weinig medische kennis en veel irrationele opvattingen. Bovendien staat men nogal sceptisch ten opzichte van de mogelijkheden van de medische wetenschap.

Volgens het onderzoek van Cassee zouden bovengenoemde 'irrationele' ideeën en 'traditioneel-magische ziekte benaderingen' vooral gevonden worden onder ouderen en onder mensen met weinig opleiding.

We hebben kunnen zien dat de opvattingen die Cassee (en later anderen<sup>19</sup>) beschrijft, veelvuldig voorkomen in de brieven van ouderen uit de vorige hoofdstukken. Als er verschillende opvattingen in het geding zijn, zijn we geneigd te vragen: welke klopt, welke opvatting is waar?

Cassee lijkt te zeggen dat de 'traditioneel magische' opvattingen fout zijn; ze kloppen niet met de wetenschappelijke feiten van de medische opvatting omtrent ziekte en gezondheid. De begrippen die hij hanteert om deze benaderingen te benoemen zijn negatieve etiketten; irrationeel, magisch, traditioneel, dit alles veroorzaakt door een tekort aan werkelijke medische kennis. Zo eenvoudig blijkt het verhaal toch niet te zijn.

Eerst een voorbeeld:

Kennis hebben van allerlei processen die zich in het lichaam voordoen, zegt weinig over het beleven van de eigen lichamelijkeheid. Dit lijkt een bron te zijn van spanning tussen verschillende denkmodellen. Het volgende geval geeft daarvan een treffende illustratie. Temeer omdat het gaat om twee artsen, die elkaar snel zouden moeten begrijpen:

Een arts is op grond van longklachten ter observatie opgenomen. Toen na enige tijd de behandelende specialist zijn zieke collega kon meedelen dat het onderzoek een gunstige uitslag had opgeleverd, bleek laatstgenoemde daarvan niet te overtuigen, ook niet toen tenslotte als bewijsmateriaal zelfs de röntgenfoto's op zijn bed werden uitgestald (...). Nu deze medicus zelf op het ziekbed ligt, toont hij zich meer *menselijk* door te beseffen dat de vage grijs-nuances op de röntgenfoto's iets weergeven dat weinig te maken heeft met datgene wat hij in belevingen en ervaringen van zijn lichaam wist.<sup>20</sup>

Verder zijn twee zaken van belang als we de indeling in goed en fout, die Cassee lijkt te suggereren, willen relativeren.

Ten eerste is het idee niet langer houdbaar gebleken dat medische kennis de enige waarheid beschrijft en dat alle medisch handelen positieve resultaten geeft.

Sommige critici beweren dat de gezondheidszorg op dit moment meer ziekte dreigt te veroorzaken dan te verhelpen. Anderen menen dat de geneeskunst stuurloos is geworden. 'De medische technologie wordt door patiënten niet langer als een zegen, maar als een bedreiging ervaren'.

'Van medicijnen verwachten we,' zegt Dürrer, zelf medicus, 'veel te vaak te veel heil'. Volgens hem 'wordt het medicament de hostie die ons door de priesterarts op de tong wordt gelegd, waardoor wij deel krijgen aan het mysterie van gezondheid...'<sup>21</sup>

Dürrer vergelijkt de medische kennis van vroeger en nu: de artsen van tegenwoordig 'weten oneindig veel meer, maar de praktijk van het voorschrijven is veelal niet minder magisch dan vroeger'.

Veel voorkomende ziekten, kanker en hartziekten bijvoorbeeld, zijn alleen op te lossen door een andere manier van leven, stelt Dürrer. Denken dat medici hier de oplossing kunnen brengen noemt hij een illusie, een 'kostbare fictie'. Drastische verandering van ons leefpatroon houdt echter politieke keuzen in. Maar in de huidige omstandigheden is de arts nog steeds geroepen de vervelende gevolgen van dat leefpatroon te bestrijden en niet de oorzaken.

In de tweede plaats: het woord illusie werd in de uitspraak van Dürrer hierboven gebruikt in de betekenis van onzin. Hans Hoekstra, een Gronings psycholoog, gebruikt het begrip illusie op een andere, positieve manier: hij ziet een illusie meer als een subjectieve, samenhangende visie op ervaren gebeurtenissen. Wat mensen meemaken, zegt hij, stellen ze op een andere manier voor dan een afstandelijke, rationale waarnemer zou doen. Ieder blijkt zijn eigen illusie te hebben. Illusies, zegt hij, gaan samen met positief welbevinden, het ontbreken ervan met klachten.<sup>22</sup>

Het welbevinden van mensen hangt niet zozeer af van positieve of negatieve ervaringen. Wel van het karakter van de gehanteerde illusies. Belangrijk is bijvoorbeeld of een persoon denkt de

omstandigheden in de hand te hebben, of denkt kans op geluk te hebben. Of meent zelf een groot aandeel te hebben in het eigen succes.

In hoeverre dit nu klopt met de werkelijkheid doet er niet zoveel toe. Klachten ontstaan en blijven als mensen in deze kwesties denken te falen of een gebrek ervaren. Ook bij het genezingsproces blijken illusies een grote rol te spelen. Laten we eens kijken naar de werking van placebo's.<sup>23</sup>

Een placebo is een pil, die echter geen farmacologische stof bevat om wat voor ziekte dan ook te bestrijden. Een nep-pil dus? Ja en nee. Ja, want het is geen medicijn. Neen, geen nep, want zo'n pil kan wel genezend werken als hij met overtuiging verstrekt en genomen wordt. De patiënt die gelooft (illusie) in zo'n placebo, verandert zijn stofwisseling zodanig dat heel wat kwalen inderdaad verdwijnen.

Dunning stelt dat placebo-effecten zelfs optreden bij hartoperaties. 'Het helende karakter van sommige ingrepen bestaat eerder in de belevingswereld van chirurg en patiënt dan in de anatomische werkelijkheid. Het effect van een behandeling hangt dan ook niet alleen af van medisch ingrijpen of werkzame stoffen, maar is 'ook in hoge mate gebonden aan de situatie waarin behandeld wordt. Een goede verhouding van arts en patiënt, vertrouwen, autoriteit en beider verwachting van genezing, bepalen mede het resultaat'.

Het strikt medische denken, zegt Dunning, reduceert het menselijk lichaam 'tot een vergankelijk mechaniek met ingebouwde gebreken, biedt lap-, fop- en geneesmiddelen, maar heeft weinig troost of heil voor het kleine onbehagen of de grote schaduw van de dood'.

Allerlei vormen van alternatieve geneeskunde bieden vaak meer op dit terrein van troost, hoop en liefde. (Anderzijds blijken medicalisering en uitbating van doodzieke, angstige patiënten ook hier geen vreemde verschijnselen.) De specialist, waarvan een van de ouderen in een vorig hoofdstuk zei 'dat hij als een broer was' zal vanuit deze optiek dan ook meer gunstig resultaat behalen dan een afstandelijk, rationeel redenerende medicus.<sup>24</sup>

Juist om te voorkomen dat allerlei opvattingen van ouderen onmiddellijk negatief geëtiketteerd worden – want ze kloppen niet met de medische kennis – ben ik ingegaan op de werking van placebo's, suggestie en illusie. Het zou te ver gaan te concluderen dat het niks uitmaakt wàt je gelooft. Sommige ziekten zijn met 'geloof' alléén niet te bestrijden. Maar zonder geloof in de ingreep, het drankje, de behandeling, zonder positieve illusies, gaat het ook niet.

De magie is niet verdwenen uit de moderne geneeskunde. Wel wordt de magie – onder andere placebo-effecten – nu wetenschappelijk onderzocht.<sup>25</sup> Het lijkt me dan ook niet verstandig mensen van hun geloof af te helpen, als daar alleen strikt medische kennis voor in de plaats komt.

Integendeel. De gezondheidszorg moet voor een goed resultaat rekening houden met het geloof en de opvattingen van patiënten. Dat geldt des te sterker voor ouderen, omdat die zowel meer van deze onmedische opvattingen hebben dan jongeren, én meer van de gezondheidszorg gebruik maken.





**H**et zou prettig zijn als de voorgaande hoofdstukken konden uitmonden in een aantal suggesties m.b.t. het gezondheidszorgbeleid in Nederland. Uit het voorgaande is echter duidelijk geworden dat het onderzoek naar de opvattingen van de ouderen zelf nog maar nauwelijks is gestart.

En bovendien: als honderd ouderen hun verhaal vertellen, krijg je honderd verschillende opvattingen.

Normen voor het aantal bedden in verpleeghuizen, of voor het aantal wijkverpleegsters kun je aan dit onderzoek – in ieder geval voorlopig – niet ontlennen.

Ook uitspraken over de noodzaak van inkrimping of uitbreiding van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen kunnen niet worden gedaan.

Het onderzoek zoals dat momenteel door de vakgroep medische sociologie in Groningen wordt verricht, vestigt veel sterker de aandacht op de *kwaliteit* en het *functioneren* van die voorzieningen.

Wie vindt niet dat beleid moet uitgaan van de behoeften van de 'doelgroep'. In de praktijk echter blijkt het nogal een probleem te zijn die behoeften te leren kennen. Behoeftenonderzoek zit vol voetangels en klemmen.

In het gunstigste geval levert het een bevestiging op van de bestaande situatie; vernieuwing komt er niet uit voort. De werkelijke behoeften van mensen blijven in nevelen. Dat geldt ook voor de onderzoeksmodellen die we in hoofdstuk twee bespraken. Voor het verhelpen van alle objectief geconstateerde mankementen zou de gezondheidszorg misschien wel meer dan verdubbeld moeten worden. Terwijl als we afgaan op de door ouderen ervaren subjectieve gezondheid de medische zorg nu al vaak te veel is.

Een kardinaal gebrek bij het hanteren van objectieve, subjectieve en functionele gezondheidstoestanden is, dat er niet werkelijk samen met ouderen gesproken, gedacht en naar oplossingen gezocht wordt. Het 'biografisch' onderzoek leert, dat de manier waarop ouderen zelf hun situatie en toestand ervaren een eindeloze variatie kent. Elke analyse van een deskundige, die vanuit zijn wetenschappelijke achtergrond, algemene verklaringen wil geven, schiet tekort.

Door te luisteren naar het levensverhaal van iemand, waarin die persoon over zijn of haar zorgen, mislukkingen, herinneringen, tevredenheid, frustraties of trots verteld, kun je waarschijnlijk een beter idee krijgen van de prioriteiten die de persoon zelf stelt omtrent hulp, zorg of behoefte aan voorzieningen.<sup>26</sup> Nogmaals: tabellen en statistieken met daaraan gekoppelde verwachtingen omtrent de toekomstige behoeftenpatronen levert dit soort onderzoek niet op. Het subjectieve oordeel, verkregen met de biografische methode, lijkt echter onmisbaar om in de toekomst te komen tot een betere afstemming tussen de behoefte van de oudere en de diensten die de verschillende voorzieningen kunnen verlenen.

Even terug naar Andries Kroese: op welke manier denkt hij dat zijn onderzoek effect op de gezondheidszorg voor ouderen kan hebben?

‘Ouderen hebben geen behoefte aan meer onderzoeksmateriaal, aan feiten, wel aan begrip. Dit onderzoek zal dan ook eerder een soort handleiding opleveren voor mensen, die in de praktijk werken met ouderen, dan een wetenschappelijke verhandeling.’

‘Ik merk steeds weer,’ zegt hij, ‘dat die mensen in hun praktisch werk daar om zitten te springen. Ik geef onderwijs en heb goede contacten met allerlei groepen uit het bejaardenwerk. Daar toets ik de praktische bruikbaarheid van mijn onderzoek. Het gaat er om dat we zicht krijgen op de manier waarop mensen met de door henzelf onderscheiden problemen omgaan. Dan moet het ook mogelijk zijn om te voorspellen hoe ze dat in de toekomst zullen doen.’

Door het ‘belangstellend gesprek’ kom je hierachter. Op basis daarvan kun je bekijken op welke wijze anderen eventueel bij kunnen dragen aan het oplossen van problemen die ouderen ervaren. Vanuit de visie en opvattingen van de ouderen zelf kun je dat beter inschatten dan nu het geval is.

Deze vorm van onderzoek, waarbij het begrijpen van ouderen centraal staat, is nog in het beginstadium. Harde resultaten zijn er nog niet. Voor mij is dat niet zo’n probleem. Voor anderen misschien wel.’

Veel meer tijd en energie zal gestoken moeten worden in het luisteren naar en praten met ouderen. In het beleid van instellingen en instituten moet hiervoor de noodzakelijke ruimte gecreëerd worden.

In eerste instantie lijkt dit kostenverhogend te werken. Want wie heeft op dit moment tijd om aan deze eis te voldoen?

We moeten echter bedenken dat een verdere medicalisering van het dagelijks leven van ouderen tot eveneens onvoorstelbare kosten zal leiden. Bovendien is er grote twijfel of dit meer gezondheid oplevert. Het is hoog tijd een andere weg in te slaan.



**I**n de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg speelt de huisarts een centrale rol. Daarover hoeft hier niet verder uitgebreid te worden. In het kader van de voorgaande hoofdstukken is het wel belangrijk na te gaan op welke manier huisartsengeneeskunde kan aansluiten bij het 'lekenmodel' en welke mogelijkheden er zijn de opvattingen van de patiënt tot z'n recht te laten komen.

In het strikt medische model is hiervoor weinig of geen ruimte. De arts vraagt dan naar de voorgeschiedenis van de klacht, onderzoekt de patiënt, stelt een diagnose en schrijft een therapie voor. Daarbij wordt er van uit gegaan dat een lichamelijke klacht wijst op een lichamelijk probleem en dat de patiënt om medisch ingrijpen vraagt. Voor dergelijke problemen heeft de arts objectieve oplossingen. Kan het probleem niet direct worden opgelost dan is verder onderzoek mogelijk.

Het zogenaamd 'methodisch werken', een werkwijze ontleend aan het maatschappelijk werk, biedt ruimere mogelijkheden.<sup>27</sup>

Wat houdt 'methodisch werken' in? De oorspronkelijke opstellers van deze methode zeggen er het volgende van: uitgangspunt is dat huisartsengeneeskunde meer omvat dan somatische (op het lichaam gerichte) hulp. De behoefte aan hulp kan ook betrekking hebben op 'gerust stellen, advies, begeleiding of eenvoudige diensten, die alleen via de huisarts te verkrijgen zijn'. Ook bij 'levensproblemen van uiteenlopende aard' wordt de hulp van de huisarts ingeroepen.

Deze gevarieerde soorten hulpvragen maken een 'algemene methode van hulpverleners', waarvan het medisch handelen deel uitmaakt, noodzakelijk.

In afwijking van het medisch model omvat de 'algemene methode' de volgende, ruimere aspecten:

— een klacht wordt samen met de patiënt verhelderd: wat verwacht de patiënt nou eigenlijk precies? Vaak zal het gaan om genezing van ziekten, voorkomen van gezondheidsstoornissen, of beperking van schade die het gevolg is van ziekte. Ook komen vele patiënten om geruststelling, advies, begeleiding of

eenvoudige diensten die alleen via de huisarts kunnen worden verkregen. Tenslotte roepen mensen de hulp van de huisarts in bij levensproblemen van uiteenlopende aard.<sup>27</sup>

- de huisarts adviseert de patiënt bij de besluitvorming over de hulpverlening: welke hulp is geboden?
- de patiënt beslist uiteindelijk wat er gaat gebeuren: de hulpverlening gaat niet verder dan de patiënt wil!

In het overleg tussen patiënt en huisarts krijgen de verwachtingen van beide een belangrijke plaats. Het is niet de bedoeling, zoals in het medische model gebeurt, dat elke lichamelijke klacht direct, via de diagnose van de arts, vertaald wordt in medisch handelen. Doorslaggevend is steeds 'de eigen beleving van gezondheid of ziekte van de patiënt. Hier ligt het aanknopingspunt voor een methodische werkwijze. Door in te gaan om de verwachtingen van de patiënt krijgt deze gelegenheid uitdrukking te geven aan zijn beleving van ziekte of onwelbevinden. De vraag om hulp wordt hiermee in de juiste context geplaatst'.

*Mevrouw B. Meyboom-de Jong*, huisarts te Opeinde, past het 'methodisch werken' in haar praktijk toe. Ze zegt hierover: In de huisartsenpraktijk kom je niet uit met het zogenaamde medische model. Dat wil zeggen: een patiënt komt met een klacht, de arts onderzoekt, stelt een diagnose en hij bepaalt de behandeling. Dan kies je voor ziekte. Je kunt ook kiezen voor de persoon.

Het gaat erom, voordat je tot een diagnose komt, de klacht te verhelderen. Vooral sociale en belevingsfactoren kunnen daarbij aan de orde komen. Samen met de patiënt ga je na hoe de zaken liggen. Belangrijk is ook dat je ervan uitgaat dat niet alles behandeld moet worden. Er zijn veel ziektes die vanzelf over gaan. We moeten er van af te denken dat als iemand met een klacht komt, er dan ook lichamenlijk iets mis is, waar – medisch – iets aan gedaan moet worden. We moeten medicalisering voorkomen.'

Mevrouw Meyboom is ook, als docente, verbonden aan de huisartsenopleiding te Groningen: 'Ik ben nu 10 jaar bezig huisartsen in dit soort aanpak te trainen. Dit is vooral voor ouderen van belang. Want juist zij hebben vele chronische ziekten die niet te genezen zijn. Goed luisteren, daar komt het dan op aan. Dan

kom je er achter dat die ene persoon voor geen goud uit zijn eigen huisje wil. Terwijl iemand anders die nog redelijk vitaal is, maar vereenzaamt, naar een verzorgingshuis wil.'

'Het verschil tussen huisarts en specialist is dat de eerste langdurig op dezelfde plaats werkt. Je hebt dan de mogelijkheid om de omstandigheden van de mensen te leren kennen. Je leert dat de mensen hier erg hechten aan het eigen huis, de eigen omgeving, de eigen bureu. En dat ze bescheiden zijn in hun eisen. Als van ouderen de partner overlijdt of een kind, als een van beiden in een ziekenhuis of verpleeghuis moet worden opgenomen, dan valt het sociale systeem nogal eens in elkaar.

Bijvoorbeeld: de achter gebleven partner raakt in de put, slaapt slecht, komt 's morgens het bed haast niet uit, gaat slecht eten en verwaarloost de eigen verzorging. Hoewel bureu en kinderen vooral direct na een calamiteit meestal bereid zijn hulp te bieden. Gaat de periode van hulpbehoevendheid te lang duren dan geven ze de moed op, vooral als er geen verbetering te bemerken is. De ouderen raken dan gemakkelijk in een neerwaartse spiraal. Veelal op een ongelegen moment komt men dan tot de slotsom: "dokter, zo kan het niet langer, nu moet pake (of beppe, buurvrouw of "de oude man") opgenomen worden". Het evenwicht is dus verstoord geraakt en dat heeft vaak vervelende gevolgen voor de gezondheidstoestand.

Maar ik zie ook dat er vele hoogbejaarden zijn, die misschien hun normen wel wat hebben bijgesteld, maar die erg vitaal zijn. Altijd bezoek, dochters, zoons of anderen. Ouderen willen – ze vertellen het me zelf zo – het gevoel hebben iets te moeten, een zinvolle taak hebben.

Ongeveer een derde van de mensen hier is streng in 't geloof. Als ik deze ouderen vraag "hoe het moet, wat er moet gebeuren", zeggen ze vaak: "ik vertrouw op God". Maar ook algemener zeggen ouderen nogal eens: "al die pillen en 't ziekenhuis... van mij hoeft het niet meer".

In zo'n situatie is het dan ook wel eens moeilijk om mensen gebruik te laten maken van – volgens mij – werkelijke verworvenheden van het medisch kunnen. Door nieuwe heupen, bijvoorbeeld, kan het dagelijks functioneren van sommige ouderen

sterk verbeteren. Maar de mensen moeten het wel zelf willen natuurlijk.

Soms ook constateer je spanning tussen wat mensen zeggen en wat ze willen. Als sommige ouderen ziek worden willen ze vertroeteld worden. Benadrukten ze eerst hun zelfstandigheid, nu ze ziek zijn is de dokter voor alles verantwoordelijk. Gezondheidszorg voor ouderen moet dan vaak ook meer *care* (zorg) dan *cure* zijn.'

Terug naar het 'methodisch werken':

'Methodisch werken kost meer tijd. Het voordeel is dat je beter luistert. Ouderen willen hun verhaal kwijt. En dat kan niet in drie minuten. De mensen komen minder vaak terug, omdat je beter aandacht kunt geven aan de niet medische problemen, als die er zijn. Mensen worden dan niet gedwongen hun probleem over een poosje weer in een andere klacht te vertalen. Door de andere instelling van de arts, deze andere manier van werken, weten mensen ook dat ze niet gelijk 'wat krijgen voorgeschreven'.

Goede huisartsen laten bij alles wat ze doen de mening van ouderen meespelen. In je eigen praktijk kun je dat realiseren. Maar als je weekenddienst hebt wordt je in crisissituaties soms geroepen bij mensen die je nauwelijks kent. Dan ben je sneller geneigd iemand te laten opnemen, in een ziekenhuis bijvoorbeeld. Maar dat kan, pas achteraf blijkt dat, het begin betekenen van de instorting van het sociale systeem van die oudere.

'Mensen moeten zelf beslissen wat er gebeurt en hoe ze het willen. Je moet niet alles willen onderzoeken. Ik ben er huiverig voor om "er op af te gaan". Dat gebeurde bijvoorbeeld in de "Proeftuinprojecten" in Friesland, waarbij men trachtte allerlei kwalen en klachten (en dan vooral die klachten waarvoor mensen zich nog niet bij de arts gemeld hadden) te inventariseren.<sup>9</sup>

Als ik de resultaten zie vraag ik me af: wat levert die bemoeienis de ouderen op aan meerdere gezondheid?

Hier zien we dat het werk van de huisarts kan geschieden op een manier die geen geweld aandoet aan de gezondheidsopvatting van de oudere patiënt.



**A**lle ingewikkelde problemen omtrent ouderdom, gezondheid en gezondheidszorg hebben we hier niet uitputtend kunnen behandelen. Dat was ook niet de bedoeling. Het ging er om het belang van de gezondheidsopvattingen van ouderen zelf te onderstrepen.

Uit de brieven van ouderen blijkt dat zij op verschillende wijze verbanden leggen tussen gezondheid en godsdienst, activiteiten, sociale relaties en arbeidsomstandigheden.

In onderzoek tot dusver kwamen die opvattingen niet of nauwelijks aan de orde.

Toch kan een gezondheidszorg die de belangen en behoeften van de patiënt centraal wil stellen hier niet zonder.

Het medisch-sociologisch onderzoek, zoals dat op het ogenblik in Groningen wordt ontwikkeld is in deze opzichten dan ook een veelbelovende vernieuwing.

Enig grasduinen in de literatuur leert verder dat vanuit het tot voor kort gesloten medisch bolwerk zèlf steeds vaker kritiek geuit wordt op het eng medisch denken.

Het voorbeeld van het 'methodisch werken' in de huisartsen-geneeskunde wijst er op dat men hier zoekt naar praktische mogelijkheden om de medische grenzen te doorbreken.

Samenwerking tussen de verschillende wetenschappelijke disciplines kan er toe leiden dat deze zich naar elkaar toe bewegende ontwikkelingen een – niet alleen voor ouderen – gezondheidszorg van betere kwaliteit opleveren.

Hopelijk hebben de brieven van ouderen, die het uitgangspunt vormden voor het schrijven van dit boekje, effecten in die richting.



1. H. Adriaanse, M.J. Drop, R. Hafens, H. Philipsen – *Leeft Nederland Oké; verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid*- Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
2. R. Taylor – *Stuurloze geneeskunde*; Tijdstroom, 1983.
3. I. Illich – *Grenzen aan de geneeskunde*; Wereldvenster Baarn 1972.  
I.K. Zola – *De medische macht*; Meppel, 1973.
4. D. Dürrer – *Zondebok, leugenstoffeerder of nietige medicijnmeester; maatschappij, politiek en geneeskunde in historisch perspectief*; Amsterdam, z.j.
5. P. van der Eyk – *De verdoktering van Nederland; over het teveel aan gezondheidszorg*; Utrecht, 1982.
6. In: R.J. van Zonneveld – *Medische gerontologie*; Assen, 1970.
7. E. Karsten, K. Andriessen, C. Minnema – *Wat is er gezondheid en hoe kun je dat meten bij ouderen (2 delen)*; scriptie Rijksuniversiteit Utrecht, 1983.
8. J.F.M. Delemarre en H. de Jager – *Pathologie van de Ouderdom*; in Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 44 (1966), 974 e.v.
9. Friesland proeftuin; deel 79/1; *project integratie volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening*.
10. A.J. Dunning – *Broeder Ezel; over het onvermogen in de geneeskunde*; Utrecht, 1981.
11. Zie noot 6.
12. P.L.W. van Schijndel en R.H.J. van Wijhe komen in hun scriptieonderzoek 'Ik voel me nog goed gezond' (Nijmegen, 1983) tot een zelfde vaststelling. Zij deden onderzoek naar de gezondheidsbeleving van geriatrische patiënten.
13. G.P.A. Braam, J.A.I. Coolen, J. Naafs – *Ouderen in Nederland*; Alphen a.d. Rijn, 1981.
14. Zie o.a. het gebruik van BOP-lijsten en ADL-scores in verpleeghuizen en verzorgingshuizen en ook de indicatieformulieren van de Indicatiecommissie.
15. J. Silberstein, R. Kossosky en P. Lilus – *Functional dependency in the aged*; in Journal of Gerontology, 1977, vol. 32, no. 2.
16. W. van den Heuvel en A. Kroese – *Opvattingen over gezondheid bij ouderen: verslag van een vooronderzoek*; Rijksuniversiteit Groningen, 1982.  
E. Brugman-Visser, W. van den Heuvel en A. Kroese – *Gezondheidsonderzoek bij ouderen*; Rijksuniversiteit Groningen, 1982.  
A. Kroese – *Op uw gezondheid*; Leef tijd 2/84.
17. R.G.A. Williams – *Logical analysis as a qualitative method, I and II*; Sociology of health and illness, vol. 3, no. 2, 1981.
18. H.R. Knol, J. Ormel, J. Bouma en J. Groothof – *De medische consumptie anno 1970*; Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 54 (1976).

19. E.Th. Cassee – *Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg*; Meppel, 1973.  
De terminologie wordt steeds door anderen, zonder commentaar, overgenomen. Bijvoorbeeld in: Y. Nuyens (red.) – *Sociologie en gezondheidszorg*; Van Loghum Slaterus, 1982.
20. Voorbeeld ontleend aan J.P. Kuiper – *Mensopvatting in de gezondheidszorg*; Assen, 1980.
21. Zie noot 9.
22. H.A. Hoekstra – *Illusies en welbevinden*; Gedrag, tijdschrift voor Psychologie 1983, (6) 11.
23. Zie noot 9.
24. Zie voor de verschuivende denkbeelden: M. Ferguson – *De aquariussamenzwering*; Deventer, 1983.
25. Zie noot 3.
26. W. Winters – *Paardevijgen en psalmen, over het belang van ieders biografie*; Leef tijd 84/6.
27. J. Holten-Vriesema e.a. – *Methodische werken, over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartsenpraktijk*- Huisarts en wetenschap 21 (1978).







