

ving van nieren afkomstig van andere familieleden (broers, zusters, ooms, tantes, neef, nicht, grootmoeder) bleek gelijk te zijn aan die van de ouder-kindergroep bij recipiënten met één gemeenschappelijk haplotype; met twee niet passende haplotypes was de tweejaars-nieroverleving gelijk aan die van kadavernieren (niet gedifferentieerd naar HLA-typering), nl. 59%. Hoewel men zou verwachten dat kindernieren eerder worden afgestoten omdat moeders gesensibiliseerd kunnen zijn voor weefsel-antigenen van hun kinderen, was dit niet het geval.

Van de ouders meldden zich 86% en van de kinderen 66% spontaan als donor, de overigen desgevraagd. Hoewel het vaak voorkwam dat ouders aanvankelijk de nieren van hun kinderen weigerden, stemden zij meestal in met een vrijwillige donatie nadat de statistische waarheid over kadavernieren hun was verteld. De vrijwillige nierdonatie had blijkens psychologisch onderzoek een duidelijk positief effect op gevoelens van zelfachting en zelfvoldoening.

De auteurs komen tot de slotsom dat de grote bereidheid in deze groep om nieren af te staan, de gunstige resultaten bij de transplantatie van familienieren, en de voldoening die de donor heeft van zijn gift, de transplantatie van ouder-

kindernieren rechtvaardigt zolang het aanbod van passende, gezonde kadavernieren onvoldoende is.

Literatuur: BRUNNER, F. P. e.a. (1975) *Proc. E.D.T.A.* 12, 3. — SIMMONS, L. R., C. M. KJELLSTRAND, R. M. CONDIE, TH. J. BUSELMEIER, E. J. THOMPSON, E. J. YUNIS, S. M. MAUER en J. S. NAJARIAN (1976) *Lancet* I, 321.

E. BOSCH

INGEZONDEN

Een korte aanvulling op mijn referaat over DDAVP, dat onlangs in dit tijdschrift verscheen (bl. 1091) is geboden. Achteraf bleek mij dat L. J. GERARDS e.a. bijna een jaar geleden reeds eigen ervaringen met dit middel hadden beschreven (*Ned. T. Geneesk.* 119, 1269). Dat hieraan in het referaat niet is herinnerd, beschouw ik als een tekortkoming die correctie vereist. Met excuses aan collega GERARDS c.s.

J. GEERLING

FEUILLETON

Preventieve geneeskunde bij ouderen

Eén van de belangrijke vraagstukken die ons de komende tijd moeten bezighouden, is de kwestie van preventieve geneeskunde bij ouderen. Het alternatief is steeds groter wordende geriatrie afdelingen en verpleeghuizen.

De differentiatie tussen bejaarde en geriatrie patiënten is niet eenvoudig. Geriatrie patiënten zijn oud tot zeer oud, en lijden uiteraard aan een aandoening die vaak een combinatie is van intern-cardiologische en neurologische aard, zoals atriumfibrilleren dat aanleiding geeft tot het ontstaan van een cerebrovasculair accident. Verder tonen geriatrie patiënten vaak stoornissen in het mobiliteitsapparaat, zoals artrose van heup of knie, naast een hemiplegie (SCHOUTEN 1974).

Ongeveer een derde van alle mensen ouder dan 65 jaar, wordt op een gegeven moment betrokken bij een ongeval, welk ongeval hun meestal in eigen huis overkomt. Eenvoudige maatregelen, zoals handgrepen in badkamer en w.c., een anti-slip mat op de vloer van de badkamer en verwijdering van losse matjes kunnen vaak een ongeval voorkomen. Ook sociale omstandigheden, zoals de woonsituatie, kunnen er eveneens toe bijdragen een patiënt „geriatrie” te maken. Huizen voor ouderen van dagen zouden zodanig gebouwd moeten worden, dat de mensen er heel lang in kunnen blijven wonen, zelfs als ze gedeeltelijk invalide zijn. Het is niet alleen belangrijk dat de lichamelijke toestand van bejaarden

Naar een voordracht, gehouden op het Zevende Europese Congres voor geriatrie te Manchester, 10-14 september 1974, en gepubliceerd in *Age and Ageing* 1975, vol. 4, bl. 21 onder de titel: „Preventative Medicine in the Elderly”.

Afdeling geriatrie (hoofd: Dr. J. SCHOUTEN) van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam.

op een goed peil blijft, dit geldt evenzeer voor hun psychische omstandigheden. Te weinig geestelijke prikkels uit de buitenwereld kunnen ertoe bijdragen dat de betrokkene de indruk maakt (pseudo)dement te zijn. Een goede profylaxe is in deze, oude mensen te zamen te brengen en bovendien te bevorderen dat bejaarden ook contact krijgen en houden met jongeren. Een bejaarde patiënt die een beetje verward is, wordt al spoedig voor dement gehouden. De verwarring wordt echter nog wel eens veroorzaakt door de voorgeschreven medicijnen. In 1954 vond VAN ZONNEVELD, bij een onderzoek van 3100 bejaarde patiënten, dat 50% van de mannen en 60% van de vrouwen een of ander medicijn gebruikten. Doordat ook bloeddrukverlagende preparaten aanleiding kunnen geven tot het ontstaan van verwardheid bij bejaarden, is het geen wonder dat geriateren soms patiënten genezen alleen maar door alle medicijnen te stoppen.

In de laatste twintig jaar is het probleem van de ouder wordende mens in Nederland meer aandacht gaan vragen. Zo was in 1905 6% van de bevolking ouder dan 65 jaar en 0,77% ouder dan 80 (42.000 mensen). In 1968 was 10% van de bevolking ouder dan 65 jaar, en 1,69% ouder dan 80 jaar (215.000 mensen). Over 60 jaar wordt geschat dat 14,7% van de mannen en 18,5% van de vrouwen ouder zullen zijn dan 65 jaar. Deze mensen bevinden zich nu al onder ons; het zijn de vijfjarigen van thans (*Statistisch zakboek* 1970; VAN DE MAST e.a. 1972). ANDERSON (1960 en 1970) en COWAN (1971) waren de eersten die erop wezen dat oudere mensen zelf vaak moeilijk kunnen uitmaken of hun klachten door een ziekte of door veroudering worden veroorzaakt.

In ons land verrichtte FULDAUER (1966) een onderzoek naar de gevoelens van ouderen over hun gezondheidstoestand. Het bleek dat 82% van de mannen in zijn praktijk geen klachten had, terwijl bij onderzoek bleek dat slechts bij