

Die Siekteprofiel van 'n Geriatriese Buitepasiënt-Afdeling*

C. L. WICHT, M.B., CH.B., M.MED. (INT.), M.D., *Professor, Departement van Omvattende Geneeskunde, Universiteit van Stellenbosch*, EN H. KAMFER, M.B., CH.B., *Deeltydse Beampte, Afdeling Geriatrie, Karl Bremer-hospitaal, Bellville, K.P.*

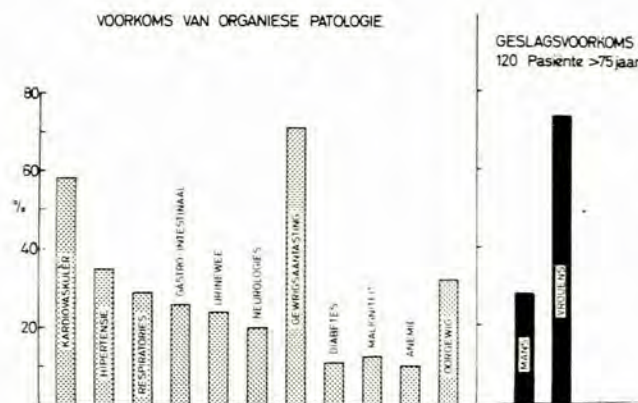
SUMMARY

A series of 120 outpatients over the age of 75 years were assessed on a clinical, functional and social basis. The multiplicity of pathology, decrease in functional ability and social background are emphasized. This comprehensive approach in the evaluation of the elderly sick was found to be of great value both in the clinic and in after-care services.

S. Afr. Med. J., 45, 1075 (1971).

Dit is 'n algemeen aanvaarde feit dat mense vandag 'n langer lewensverwagting as voorheen het. Dit kan toegeskryf word aan verbeterde lewenstandaarde, meegebringde verbeterde kennis en fenomenale geneeskundige vooruitgang. As gevolg hiervan is die verhouding van bejaarde mense in die gemeenskap aan die toeneem en word die gemeenskap dus in die gesig gestaar deur die steeds groter wordende probleme wat dié toename noodgedwonge vergesel. Die maatskaplike en geneeskundige vooruitgang in die Verenigde Koningryk het 'n geweldige afname in kindersterftes en onder jong volwassenes meegebring, sodat die lewensverwagting in die afgelope 150 jaar verdubbel het. Sedert 1900 het die gemiddelde lewensverwagting van 45 tot 70 jaar gestyg.¹ In die Republiek van S.A. het die persentasie bejaardes bo 75-jarige ouderdom vanaf 1.2% in 1921 gestyg tot 2.4% in 1960.² Volgens projeksie is die syfer vir 1970 weer eens heelwat hoër as laasgenoemde.

*Datum ontvang: 14 Junie 1971.



Afb. 1. Die voorkoms van organiese patologie en geslagsvoorkoms.

MATERIAAL EN DOEL

In hierdie studie is 120 pasiënte (31 mans en 89 vroue) bo die ouderdom van 75 jaar, afkomstig van die geriatriese buitepasiëntekliniek, nagegaan. Om 'n idee te vorm van die morbiditeit is die kliniese patologie nagegaan. 'n Tweede doel van die studie was om volgens sekere maatstawwe die funksionele inkorting van elke pasiënt te beoordeel, om daardeur 'n insig in sy eie vermoë en moontlike meegebragte las op sy familie en gemeenskap te bepaal. 'n Derde doel is die bepaling van die maatskaplike agtergrond van elke geval.

BEVINDINGS

Die Voorkoms van Patologie in die Reeks

Kardiale aantasting is bevind in 54.2% gevalle terwyl 11.2% vaskulêre aantasting getoon het.

A. (a) Kardiale aantasting:	Aantal gevalle
1. Subjektiewe en objektiewe bewys vir iskemiese hartsiekte	43
2. Hipertensiewe hartsiekte	11
3. Degeneratiewe hartsiekte	8
4. Ou rumatiese hartsiekte	3
(b) Hartversaking:	52
(c) Hartklepaantasting:	
1. Aortaklepaantasting	29
2. Mitraal-stenose	2
3. Mitraalklep-insufficiënsie	4
(d) Hartritmestoornis:	
1. Normale ritme	107
2. Atrium-fibrillasie	13
B. Arteriële aantasting:	
Arteriosklerose obliteratedans	14
Abdominale aneurismata	2
Perifere embolisme	1
C. Hipertensie: (35%) 'n Diastoliese bloeddruk konstant bo 100 mmHg is as maatstaf vir die diagnose van hipertensie gebruik.	
D. Asemhalingsstelsel: (29.1%)	
Chroniese brongitis	30
Brongiektase	1
Longkarsinoom	3
Longembolië	1
E. Gastro-intestinale stelsel: (26%)	
Simptome en tekens en bevestiging deur radiologiese ondersoek.	
Hiatusbreuk	13

Gastriese ulkus	2
Gastriese karsinoom	2
Kolon-divertikulose	8
Kolon-karsinoom	2
Galstene	5
F. Urinewêë: (31%)	
Piëlonefritis	13
Prostatektomie	5
Prostaathipertrofie met simptome van prostatisie	7
Prostaat-karsinoom	2
Blaaskarsinoom	2
G. Gewrigsaantasting: (71%)	
Simptome en tekens en bevestiging deur radiologiese ondersoek.	
Osteoartritis van die werwelkolom	52
Osteoartritis van die kniegewrigte	35
Osteoartritis van die heupgewrigte	21
Osteoartritis van die skouergewrigte	20
Osteoartritis van die handgewrigte	12
Osteoartritis van die enkelgewrigte	12
Aktiewe rumatoïde-artritis	4
H. Neurologiese sisteem: (20%).	
Simptome te wyte aan basillêre arterie- aantasting	13
Hemiplegie	4
Parkinsonisme	5
Ligte apoplektiese toevale	2
I. Maligniteit: (12.5%).	
Longkarsinoom	3
Maagkarsinoom	3
Kolon-karsinoom	2
Blaaskarsinoom	2
Prostaat-karsinoom	2
Bors-karsinoom	3
Ovarium-karsinoom	1
Uterus-karsinoom	1
J. Oorgewig: (35%)	
K. Diabetes mellitus: (11%)	
L. Anemie: (10%)	

Die funksionele vermoë: In 'n poging om vas te stel of die pasiënt geskik is om na homself om te sien of deur familie versorg moet word, of in 'n inrigting met verplegende en geneeskundige diens opgeneem moet word, is pasiënte volgens verskeie funksionele maatstawwe beoordeel (Afb. 2-4).

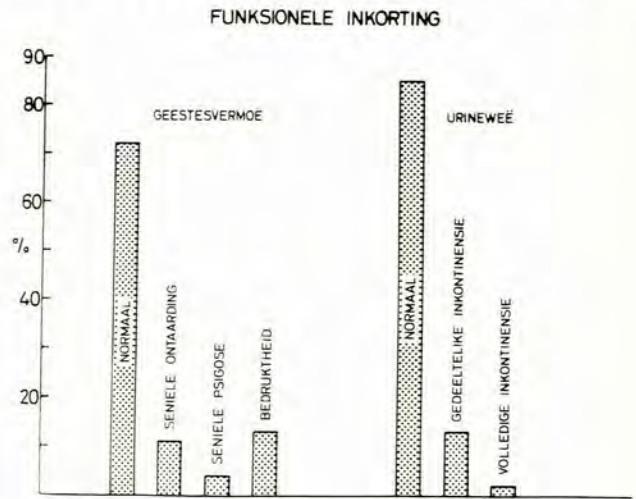
DIE MAATSKAPLIKE ASPEKTE

In die bepaling van die maatskaplike agtergrond van die pasiënte is die volgende aspekte beklemtoon:

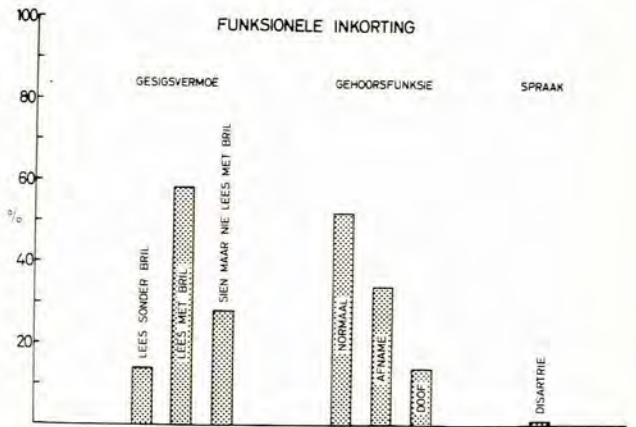
(a) **Huisvesting.** Hier is veral nagegaan of die tipe van huisvesting vir die siek bejaarde geskik is.

(b) **Sorg.** Is die persoon selfversorgend of word die pasiënt deur familie of ander instansies versorg? Is die tipe van sorg geskik vir die siek bejaarde?

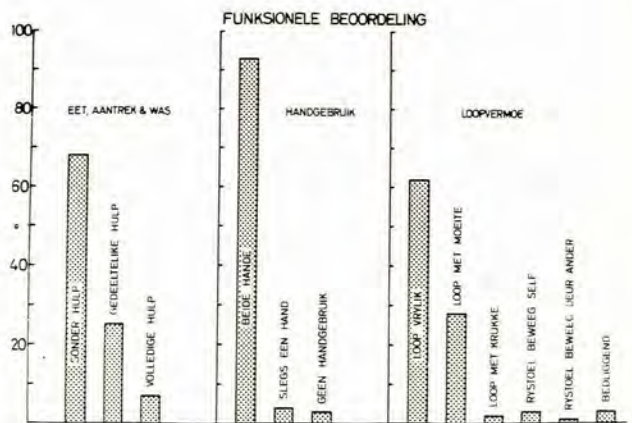
(c) **Gesinsverband.** Is daar kontak met familielede? Kan kontak bewerkstellig word?



Afb. 2. Funksionele inkorting van geestesvermoë en urinewêë.



Afb. 3. Funksionele inkorting van gesigs-, gehoor- en spraakvermoë.



Afb. 4. Funksionele beoordeling van eet, aantrek en was, handgebruik en loopvermoë.

(d) **Finansiële aspekte.** Is die pasiënte se finansies voldoende of moet hulp verleen word? Hoe word die finansies bestee?

(e) **Huwelikstaat.** Hoeveel het hul lewensmaat verloor of is alleenlopend?

(f) **Welsynorganisasies.** Bestaan daar kontak met die organisasies?

BEVINDINGS

Behuising

	%
Loseer	4.7
Huur 'n kamer	2.6
Eie huis	14.9
Tehuse vir bejaardes	30.2
Tehuse vir verswakte bejaardes	5.4
Inwonend by kinders	32.2

Finansies

Staatstoelae en pensioene	55.6
Ander pensioene (Spoorweg, Onderwys, ens)	
Rente en vruggebruik. Boedels	33.2
Onderhou deur familie en vriende	11.2

Huwelikstaat

Het nog lewensmaat	55.4
Verlies van lewensmaat	33.9
Alleenlopend	10.7

Verder is bevind dat 32% kontak met welsynorganisasies het en dat 25.3% geen voorsiening vir vryetydsbesteding maak nie.

BESPREKING

In die reeks het kardiovaskulêre aantasting in ooreenstemming met die literatuur algemeen voorgekom.² Volgens mediese beoordeling is iskemiese hartsiekte die belangrikste oorsaak vir hartaantasting in die groep bejaardes. In die verband vind McKeown in 'n reeks van 1 500 nadoode ondersoekte dat van die wat oorlede is aan kardiovaskulêre oorsake, ongeveer twee-derdes gesterf het aan iskemiese hartsiekte.⁴ Hoewel iskemiese hartsiekte in dié ouderdomsgroep onmiddellik die dood veroorsaak, is in die reeks bevind dat dit 'n minder algemene oorsaak vir onbekwaamheid is, weens die toepassing van effektiewe terapie.

Dat hipertensie 'n oorsaak is vir hartsiekte is bekend. In sy outopsiereeks, bestaande uit bejaardes, het McKeown 'n kleiner persentasie gevind waar die hartaantasting aan hipertensie toegeskryf kon word.⁵ Die verband tussen die versnelling van iskemiese hartsiekte as gevolg van hipertensie, is welbekend.

In 8 gevalle is die hartsiekte toegeskryf aan degeneratiewe veranderinge. Geen duidelike subjektiewe of objek-

tiewe bewys vir hartaantasting, as gevolg van of iskemiese hartsiekte of hipertensie kon in die groep gevind word nie. Die uitstaande kardiële afwykings is hartvergroting, atrium-fibrillasie en 'n duidelike uitwerpingsistoliese geruis wat oor die hartbasis teenwoordig is en aan aortaklep-sklerose toegeskryf word. Wood noem dat atrium-fibrillasie algemeen in die kardiomiopatie van die bejaarde is.⁶ Ook noem Pomerance dat degeneratiewe verkalkingsveranderinge in die mitraalring en aortaklepe in sy versakingsgroep algemeen voorgekom het.⁷

Daar was 3 gevalle waar die hartaantasting aan ou rumatiese hartsiekte toegeskryf kon word. Mitraalklep-aantasting in die 3 gevalle was die treffendste kenmerk.

Hartversaking was algemeen in die groep gewees, maar die beheer d.m.v. hartversakingsbehandeling was redelik effektief.

'n Luide sistoliese geruis, wat maksimaal hoorbaar is oor die hartbasis en opsprei in die nek en ook na die hartpunt stoot, was die algemeenste geruis. Die beskouing is dat die geruis ontstaan van die aortaklep en dat dit toegeskryf kan word aan aortaklep-sklerose of verkalking. In geen een van die gevalle was die hemodinamiese kenmerke van insiggewende aortastenose teenwoordig nie. Die geruis word toegeskryf aan verdikking en verkalking van die aortaklepe, ateroomeerslae op die aortaklepe, verklemings van die klepe met of sonder stenose en ateroome van die aortaboog met normale klepe.⁸

Mitraal-stenose en insuffisiënsie kon in 3 gevalle toegeskryf word aan vorige rumatiekkoors. Twee gevalle het mitraal-stenose en insuffisiënsie en een geval suiwer insuffisiënsie gehad. In die oorblywende geval met die geruis van mitraal-insufficiënsie kon dit toegeskryf word aan degeneratiewe veranderinge in die mitraal-ring of -klep.⁹

Atrium-fibrillasie was die enigste ritme-stoornis in die groep. Dit was die belangrikste aritmie in die bejaarde.¹⁰

Drie gevalle met lankstaande rumatiese hartsiekte het atrium-fibrillasie getoon. In die res met atrium-fibrillasie is daar of iskemiese hartsiekte of degeneratiewe hartsiekte teenwoordig.

Arteriosklerosis obliterans kom redelik algemeen in die bejaarde voor en is dikwels asimptomaties.¹¹ Die meeste van dié gevalle was asimptomaties gewees en dit kon verklaar word omdat die pasiënte min beweeg. In die res was intermitterende kloudikasie die kenmerkende simptoem gewees. Een geval met aorta-bifurkasie afsluitende letsel het aanleiding gegee tot perifere embolisme wat chirurgies herstel is. Die abdominale aorta-aneurismata was asimptomaties gewees. Kontra-indikasie tot operasie in die twee gevalle was o.a. die teenwoordigheid van 'n longkarsinoom in die een en hoë ouderdom met ander veelvuldige gebreke in die ander pasiënt.

In dié reeks was 35% hipertensief en het dit in 9.2% gevalle aanleiding tot hartversaking gegee. Dit is welbekend dat hipertensie aterosklerose versnel¹² en die voorkoms van serebrovaskulêre ongelukke verhoog.¹³

Die hoë voorkoms van brongitis in die ouderdomsgroep word ook deur die gegewens weerspieël.¹⁴ Palliatiewe behandeling in die vorm van aanwending van antibiotika, antispasmodika en selfs steroïde in sommige gevalle was

redelik geslaagd. Dit moet in gedagte gehou word dat chroniese brongitis 'n belangrike rede vir vroegetydige afrede van mans in die laat middeljare is.¹⁵ Die beskerming van longfunksie is baie belangrik en hang af van noukeurige diagnose en behandeling van langtoestande in kinders en/of van herhaalde longinfeksies gedurende later lewe.¹⁶ Verspreide brongiektasie was in een geval reeds langdurig teenwoordig. Beheer was goed deur selftoegepaste pasturale dreinasië en intermitterende aanwending van antibiotika. Herhalende pulmonale embolië het in die een geval met chroniese rumatiese hartsiekte en atrium-fibrillasie voorgekom.

Hiatus hernia met meegaande simptome is redelik algemeen in dié ouderdomsgroep.¹⁷ Nie-chirurgiese behandeling vir die toestand om simptome te verlig, was meesal geslaagd.

In ooreenstemming met die literatuur blyk dit dat divertikulose van die kolon algemeen in die bejaardes is en het simptome wat dui op divertikulitis die aandag gevestig op die patologie.¹⁸

Cholelithiasie is algemeen in die bejaarde. Probleme word egter geskep waar dit in die ouderdomsgroep voorkom vanweë die dikwels ernstige ander patologie wat die operatiewe risiko vergroot. Peptiese ulserasie toon 'n hoë voorkomsyfer in die ouderdomsgroep. In 'n reeks van sterftes veroorsaak deur aantasting van die spysverteringskanaal is bevind dat peptiese ulserasie die mees algemene nie-maligne fatale letsel in die bejaarde is.¹⁹

Bakteriële aantasting van urinewêë is een van die algemene kwale in die bejaarde. Dit is nie alleen net 'n ernstige aandoening nie, maar veroorsaak dikwels akute of herhalende simptome met bykomende ongemak en lei dikwels tot tydelike inkontinensie.²⁰ In die man is daar dikwels onderliggende obstruktiwiese patologie soos, prostaat-hipertrofie en prostaat-karsinoom. In die vrou is onderliggende patologie nie altyd teenwoordig nie. In al die gevalle met seniele dimensie en begeleidend inkontinensie is daar ook urineweg-infeksie teenwoordig.

Die voorkoms van prostaat-hipertrofie in die reeks dui op die belang daarvan. Vroegetydige prostatektomie is 'n noodsaaklike voorkomende maatreël. Van die gevalle met prostaat-hipertrofie het voorgedoen met inkontinensie as gevolg van chroniese urinêre retensie met oorvulling. Selfs in die tagtigjarige is die operatiewe mortaliteit deesdae betreklik laag,²¹ sodat die operasie vir meeste bejaardes, selfs op dié ouderdom, nog aangebied kan word.

Dat gewrigsaantasting met simptome en tekens algemeen onder die bejaardes is, spreek duidelik. Dit blyk dat die gewigdraende gewrigte die meeste aangetas is. Beide osteoen rumatoïde artritis het in die reeks ook verkruppelende deformiteite veroorsaak met geweldige funksionele inkorting as gevolg. Waar die toestand nie te ver gevorder het nie, met ander woorde, waar ankilose van gewrigte nog nie plaasgevind het, is 'n verbetering in die reeks tog teweeggebring deur middel van gewigsvermindering, fisio-terapeutiese maatreëls, selektiewe inspuiting van gewrigte met Hidro-kortison en die aanwending van anti-inflammatoriese middels. Dit is duidelik dat aktiewe behandeling reeds op 'n baie vroeë fase van die siekte moet geskied.

In die ouderdomsgroep bo 75 jaar in Engeland en in Wallis is vaskulêre aantasting wat die sentrale senuweesistiem tref, die derde grootste doder.²² Die morbiditeit veroorsaak deur vaskulêre aantasting van die sentrale senuweestelsel is van groot belang, weens die funksionele inkorting wat dit veroorsaak en die las wat op die familie en gemeenskap geplaas word. Die uitstaande simptome in die 13 gevalle met basillêre arteriële aantasting was verbygaande aanvalle van vertigo. Minder algemeen was diplopie en die sogenaamde valaanvalle. Een pasiënt het 'n quadriplegie wat toegeskryf is aan 'n letsel van dié sisteem. Die hulp van die fisioterapeut in die rehabilitasie van die hemipleeg en ook in gevalle met parkinsonisme, was trefend. Soos dit verder sal blyk, het die gevalle van parkinsonisme ook verdere hanterings- en versorgingsprobleme geskep. Dit is dan te wagte dat die voorkoms van serebrovaskulêre aantasting aan die vermeerder is weens die steeds toenemende veroudering van die bevolking.

Dat daar 'n hoë voorkoms van verskillende maligneiteite, selfs in die ouderdomsgroep is, word ook gestaaf deur die gewens. Sterftes toe te skryf aan maligneiteit, as persentasie van totale sterftes, toon egter 'n duidelike daling in die ouderdomsgroep. Die meeste sterftes aan luggypkarsinoom kom voor in die ouderdomsgroep 65 - 75 jaar. Die voorkomsyfer van prostaat-karsinoom is hoog en in die ouderdomsgroep bo 75 is dit 'n kwart van alle karsinomata in die man.²³ In die outopsie-reeks van Howell is weer die volgende voorkomsrangorde gevind: gasters-, kolon-, rektum-, prostaat-, vroulike bors-, ovarium-, nierkarsinoom ensovoorts. Blaaskarsinoom kom ook algemeen in die bejaarde voor.²⁴

Dit is bekend dat oorgewig by die bejaarde algemeen is. Dit blyk 'n duidelike verergerende faktor te wees in hartversaking, chroniese brongitis, diabetes mellitus, osteoartritis en in die rehabilitasie van die hemipleeg.

Diabetes mellitus het voorgedoen in 11% van die gevalle en dit was die tipe wat laat in die lewe voordoen. In alle gevalle kon dit goed beheer word d.m.v. dieet met soms die bykomstige gebruik van die mondelingse anti-diabetiese middels. Geen stofwisselingskomplikasies is in die groep bemark nie. Intertrigo het egter algemeen in die groep voorgedoen.

Die belangrikheid van anemie as faktor in die morbiditeit van die bejaarde is duidelik.²⁵ Ook in die reeks is die bevinding dikwels dat die pasiënt nie daarvan bewus is nie. In die reeks is geen geval met makrositêre anemie gevind nie. Die meeste gevalle was die van suiwer ystergebreksanemie wat toegeskryf kon word aan 'n letsel soos byvoorbeeld 'n diafragmabreuk, peptiese ulkus of maligneiteit van die spysverteringskanaal.

In die paar gevalle met normokrome anemie, was die onderliggende patologie maligneiteit en in een geval nierversaking as gevolg van chroniese piëlonefritis met ernstige hipertensie. In die reeks het die bevinding van 'n hemoglobien van minder as 11% gelei tot verdere meer uitvoerige hematologiese ondersoek.

Die veelvuldigheid van patologie in die reeks persone bo 75 jaar spreek duidelik uit die gegewens. Deur die juiste diagnosestelling kan dikwels die beste kans nie vir herstel

nie, maar wel vir verbetering in die siektetoestand geskep word. Vae benamings soos debiliteit of ouderdom kan nie gebruik word om simptome en tekens aan te koppel nie en daardeur die pasiënt van doelgerigte terapie wat verbetering kan bewerkstellig, te weerhou nie. Hoewel die meeste chroniese gebreke wat by die bejaarde aangetref word, nie voorkom kan word nie, kan dit tog dikwels vertraag word en komplikasies verhoed word. Verergerende faktore kan verbeter of uitgeskakel word en daardeur kan verseker word dat die bejaardes met hul dikwels veelvuldige onbekwaamhede in redelike gemak kan lewe.

In 'n poging om vas te stel of 'n pasiënt geskik is om na homself om te sien of om deur familie versorg moet word of in 'n inrigting met verplegende en geneeskundige diens opgeneem moet word, is pasiënte volgens verskeie funksionele maatstawwe beoordeel.²⁸ (Afb. 2, 3 en 4.)

Inkontinensie is een van die belangrikste en moeilikste hanteerbare probleme in die bejaarde. Hier is hoofsaaklik urinêre inkontinensie aangetref.

Die grootste persentasie in die reeks het normale urine-weg-funksie gehad. In die gevalle met gedeeltelike inkontinensie is daar gewoonlik onderliggende patologie gevind—in die man, prostaat-hipertrofie en prostaat-karsinoom en in die vrou siskoteel en in beide geslagte blaaskarsinoom. Urineweg-infeksies was in beide geslagte die oorsaak.

Die aanwending van diuretika as behandeling vir hart-versaking, veral saans, was ook 'n aanleidende faktor tot gedeeltelike inkontinensie. Al dié toestande is herstelbaar en ook behandelbaar. In twee gevalle egter, was daar geen duidelike oorsaak gewees nie en moet dit aan neurogene oorsake toegeskryf word. Dié was dus nie herstelbaar nie, maar nogtans van so 'n aard dat die pasiënt tog meermalige beheer gehad het.

Twee gevalle met totale inkontinensie is onderskeidelik aan seniele dimensie in die een geval en in die ander geval aan seniele dimensie met ook 'n vesico vaginale fistula toe te skryf. Konstante aanwending van 'n kateter in dié gevalle was noodsaaklik.

In die proses van veroudering is daar 'n vermindering in die aantal senuweeselle wat deur gliale weefsel vervang word. Dit neig om toenemend die vermoë van die persoon om doeltreffend teenoor stremming te reageer te verminder en dus is daar 'n vermeerdering in die voorkoms van geestesiekte wat 'n uiting van interne en eksterne stremming is. Die algemeenste geestesiekte in die bejaarde is bedruktheid²⁷—'n opvallende simptome in 13% gevalle in die reeks. Die bedruktheidsbeeld is dieselfde as dié wat voordoet in jonger ouderdomsgroepe, maar het tog spesiale kenmerke wat in verband gebring kan word met die ouderdom van die pasiënt. Dikwels is bevind dat persoonlike omstandighede 'n faktor in die ontstaan van die toestand is. Verbetering van die maatskaplike omstandighede het in die algemeen goeie gevolge gehad. Deur die gebruik van anti-depressiewe middels is redelike goeie resultate in die groep verkry.

Die tweede indeling is dan beperk tot siektetoestande, min of meer, inpassend by die geriatriese tydperk, bekend as akute of chroniese breinsindroom. Uit die aard van die buitepasiënte-materiaal is geen geval met akute breinsin-

droom-simptome en -tekens gemerk nie. Soos bekend, word chroniese breinsindroom verdeel in die afwykings wat vaskulêre insuffisiensie vergesel en in afwykings waar daar geen duidelike oorsaak vir die toestand is nie.²⁸ In die reeks waar beoordeling volgens vermoë geskied het, is twee groepe onderskei, d.w.s. 'n ligter en 'n ernstiger vorm. In die ligter groep bestaande uit 12% van die pasiënte is daar simptome soos geheue-verlies vir onlangse gebeure, swak oriëntasie vir tyd en plek, maar normale oriëntasie vir die persoon self. Desondanks kon die groep hul meestal self behelp en verg hulle nie konstante aandag nie, maar het by tye nogtans hulp nodig. Die ernstiger groep bestaan uit 4% van die gevalle waar daar dan, afgesien van die genoemde simptome, ook duidelike disoriëntasie vir tyd, plek en persoon is en by tye verwardheid, rusteloosheid, met ook gepaardgaande verlies van sfinkter beheer. Die groep verg konstante geneeskundige verplegingsorg.

Verswakking in die gesigsvermoë in die bejaarde is algemeen. Van die bevolking bo ouderdom 70 in Brittanje is 1-25% geregistreer as blind. Drie hoofoorsake: seniele makulêre degenerasie, katarak en gloukoom word in die verband genoem.²⁹ Dit geld ook oorwegend in die reeks, maar daar is ook bykomende siektes wat reeds op 'n vroeër leeftyd begin het, soos byvoorbeeld die retinopatie in diabetes mellitus en hipertensiewe retinopatie. Dit was egter minder algemeen. Swak gesigsvermoë is dikwels die bepalende faktor of so 'n persoon na homself kan omsien en/of reëlings vir hulp of sorg in 'n ouetehuis getref moet word. In die reeks was daar geen totale blinde persoon nie. In 'n klein persentasie, hoewel hulle nie kon lees nie, is die gesigsvermoë deur middel van 'n bril so verbeter dat hul vir hulself kon sorg en self kon rondbeweeg.

Dat afname in gehoorskerte, veral vir hoë toonhoogtes, die verouderingsproses meermalig vergesel, is bekend. Die voorkoms van doofheid in die Rutherglynn-series vermeerder van 3% in die ouderdomsgroep 70-74 tot 8.5% in die ouderdomsgroep 85-89 jaar.³⁰ In die reeks het 34% 'n duidelike afname getoon in gehoorvermoë, beoordeel volgens normale gesprekstoonhoogte. Die aanwending van gehoorapparate in dié groep was van groot hulp. Altesame 14% van die pasiënte was stokdoof. In die meeste van dié het die aanwending van gehoorapparate nie veel waarde gehad nie. Dit moet in gedagte gehou word dat vroegtydige aanwending van gehoorhulpmiddels verseker dat self-isolasie van die bejaarde in die gemeenskap voorkom word.

Disartrie het slegs in die een geval met basillêre arteriële stenose voorgekom. Afasie het in die reeks nie voorgekom nie. In die reeks het kommunikasie deur middel van spraak geen probleme opgelewer, behalwe in die gevalle waar daar begripsprobleme was soos in gevalle met 'n seniele dimensie en erge gehoorafwykings.

Verdere beoordeling van funksionele aspekte wat in die assessering van die bejaarde in die reeks van waarde was, is die volgende: In die reeks het 68% geen hulp nodig gehad om te eet, aan te trek en te was nie.

Wat funksionele aspekte betref, was gedeeltelike hulp nodig in 25% van die gevalle en in 7% van die gevalle was volledige hulp nodig. Laasgenoemde was die pasiënte met seniele dimensie, verkruppelende osteo-artritis, parkin-

sonisme en sommige was pasiënte met serebrovaskulêre ongelukke.

In die reeks kon 93% van die pasiënte albei hul hande gebruik. Slegs 4% kon een hand gebruik. Sommige van die gevalle met hemiplegie val in dié groep. Die onvermoë om beide hande te gebruik in 3% van die pasiënte, sommige gevalle met serebrovaskulêre ongelukke, parkinsonisme en erge osteoartritis val hieronder.

Die beoordeling van loopvermoë as liggaamsfunksie dien as doel om vas te stel of die pasiënt homself tuis kan behelp en in die gemeenskap kan rondbeweeg. Van die gevalle loop 28% met moeite en moet selfs by tye ondersteun word, 2% kon slegs oor die weg kom met 'n kiere of krukke terwyl 3% self met 'n rystoel kon beweeg. Enkele pasiënte kon self rondbeweeg in 'n rystoel, terwyl ander weer hulp moes ontvang. Van dié pasiënte was 3% permanent bedlënd.

In die reeks is die meerderheid van die bejaardes nog in die gemeenskap waar die meeste deur hul kinders versorg word. Versorging deur laasgenoemde geskied meesal blymoedig, maar nogtans onder moeilike omstandighede meebring deur die funksionele gebreke van die siek bejaarde, gebrek aan bediende-hulp, werkende moeder, klein kinders in die huis, ensovoorts.

Die grootste nood was by alleenlopendes wat alleen in 'n kamer woon en hulself versorg. Persoonlike higiëne is swak, ventilasie min en die omgewing swak. Dikwels is so 'n persoon, vanweë sy ongesteldheid, nie by magte om na homself om te sien nie.

Dit gebeur dat bejaardes wat 'n kamer huur of 'n huis bewoon, albei pasiënte van die kliniek is en dus in geval van enige akute siekte met mekaar se hulp moet klaarkom. Probleme in dié verband ontstaan waar albei die persone seniel is en medikamente toegedien moet word.

Verdere probleme is ondervind waar feitlik alle inkomste aan losies bestee word en daar dus nie genoeg oorbly vir die noodsaaklike lewensmiddele en privaat geneesheerkoste nie.

Slegs 32% van die siek bejaardes is bekend by welsynorganisasies. Die meeste van die siek bejaardes is nie bewus van die bestaande dienste in die gemeenskap nie, ondanks die feit dat die verskeie beskikbare dienste in die omgewing bereikbaar is.

Alle pasiënte is ná besoek aan die kliniek ook aangemeld by die organisasies. Waar nadere inligting oor tuisomstandighede van die pasiënt benodig is, is 'n skriftelike verslag van die welsynorganisasie aangevra.

Vryetydsbesteding is nagegaan en dit was insiggewend hoe min van die siek bejaardes nuttig hul vrye tyd bestee om dus nie net siekte-gesentreerd te wees nie, maar weer eens besig te bly en nuttig te voel. Dit was dan ook een van die maatskaplike take van die kliniek om doelgerigte vryetydsbesteding aan die hand te doen of dié aspekte by welsynorganisasies in die omgewing aan te meld.

Na die fisieke, geestelike en maatskaplike assessering is besluit of die pasiënt na hom of haarself kan omsien of is die familie, wat hulp betref, in die verband betrek of oorplasing na 'n tehuis vir bejaardes óf na 'n tehuis vir ver-

swakte bejaardes, gereël. Groot probleme is veral in verband met laasgenoemde ondervind, daar die tehuise min is en die aantal verswakte bejaardes in die gemeenskap baie is. Reëlins in verband met tuisverplegende sorg deur die distriksverplegingsdiens of ander verplegingsinstansies is, waar dit beskikbaar was, getref.

Finansiële steun deur Departement Volkswelsyn word gevra, waar dit nodig is asook wat die oppasserstoelae betref.

In opvolg word pasiënte ook gereeld by die kliniek gesien en maatskaplike probleme nagegaan. Indien die pasiënte nie volgens afspraak opdaag nie, word navraag gedoen.

Siekte en onbekwaamheid in die bejaarde bestaan vandag in so 'n mate dat dit nie bekostig kan word om die toenemende aantal siek en kreupel bejaardes te verwaarloos nie. Die hoofdoelstelling en bydrae van die geriatriese buitepasiënte-kliniek behels die beoordeling van die bejaarde sieke betreffende die juiste diagnose-stelling, onbekwaamheidsberekening volgens funksionele vermoë, beoordeling van geestelike en verstandelike vermoë, sowel as die maatskaplike agtergrond-beoordeling van die pasiënte. Op dié wyse kan omvattende sorg vir die bejaarde beplan word. Moderne geriatriese mediese sorg is nie alleen 'n goeie belegging, maar dit dien ook as maatstaf vir die sin van menslikheid.

Ons wil ons dank betuig aan dr. F. Rabe, Superintendent van Karl Bremer-hospitaal, vir sy toestemming tot die publikasie van die reeks gevalle, asook aan mej. S. van Lill, maatskaplike werkster, vir die beoordeling van die pasiënte.

VERWYSINGS

- Adams, G. F. (1968): *Geront. clin.* (Basel), **10**, 134.
- Suid-Afrikaanse Buro vir Statistiek (1968): *Suid-Afrikaanse Statistieke*, bl. A27. Pretoria: Staatsdrukker.
- Agate, J. (1963): *The Practice of Geriatrics*, 1ste uitg., bl. 162. Londen: William Heinemann Medical Books.
- McKeown, F. (1965): *Pathology of the Aged*. Londen: Butterworth.
- Idem* (1965): *Op. cit.*⁴
- Wood, P. (1968): *Disease of the Heart and Circulation*, 3de uitg., bl. 680. Londen: Eyre & Spottiswoode.
- Pomerance, A. (1965): *Brit. Heart J.*, **27**, 697.
- Howell, T. H. (1970): *Geront. clin.* (Basel), **12**, 275.
- Idem* (1970): *Ibid.*, **12**, 275.
- Gavey, C. T. (1949): *Lancet*, **2**, 275.
- Hobson, W. (1969): *The Theory and Practice of Public Health*, 3de uitg., bl. 381. Londen: Oxford University Press.
- Agate, J. N. (1967): *Geront. clin.* (Basel), **9**, 325.
- Marshall, J. (1968): *Management of Cerebrovascular Disease*, 2de uitg., bl. 200. Londen: J. & A. Churchill.
- Ward, P. (1967): *Geront. clin.* (Basel), **9**, 312.
- Hobson, W. (1969): *Op. cit.*³, bl. 382.
- Ward, P. (1967): *Geront. clin.* (Basel), **9**, 312.
- Allison, P. R. (1948): *Thorax*, **3**, 20.
- Howell, T. H. (1970): *A student's Guide to Geriatrics*, 2de uitg., bl. 130. Londen: Staples Press.
- Idem* (1970): *Op. cit.*³, bl. 128.
- Agate, J. N. (1963): *Op. cit.*³, bl. 363.
- Ross, J. M. H. (1959): *Geront. clin.* (Basel), **1**, 174.
- Hobson, W. (1969): *Op. cit.*³, bl. 380.
- Schottenfeld, D. and Houde, R. W. (1966): *Med. Clin. N. Amer.*, **50**, 613.
- Howell, T. H. (1970): *Op. cit.*³, bl. 50.
- Miller, H. C. (1963): *Practitioner*, **191**, 303.
- Silberstein, J., Zeltser, M., Kossovsky, R. and Pinkerfeld, C. (1970): *Med. Care*, **8**, 221.
- Fitzpatrick, G. A. (1967): *Geront. clin.* (Basel), **9**, 255.
- Idem* (1967): *Ibid.*, **9**, 255.
- Sorsby, A. (1966): *The Incidence of Blindness in England and Wales, 1955 - 1962*. Londen: HMSO.
- Hobson, W. (1969): *Op. cit.*³, bl. 383.