

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

BESCHOUWINGEN OVER DE GERIATRISCHE KLINIEK

Het artikel van Dr. L. H. LELIE (1967) geeft ons aanleiding te wijzen op het grote belang van de geriatrie observatiekliniek in de algehele zorg van zieke bejaarden. Onder een geriatrie observatiekliniek wordt verstaan een zelfstandige kliniek of een voldoende grote afdeling in een algemeen ziekenhuis, waar zowel lichamelijk zieke, als geestelijk gestoorde bejaarden kunnen worden opgenomen. Deze kliniek of afdeling moet zijn aangepast bij de speciale eisen, die onderzoek, behandeling en verpleging van geriatrie patiënten nu eenmaal stellen.

Een geriatrie patiënt is niet scherp te definiëren; bepalend zijn primair de behoeften van de patiënt. Een geriatrie afdeling moet de volgende onderafdelingen omvatten:

1. observatie-afdeling voor rustige patiënten;
2. observatie-afdeling voor onrustige patiënten;
3. uitgebreide reactiveringsafdeling;
4. polikliniek met daghospitaal.

Er is geen discipline binnen de gezondheidszorg, waar de kliniek en de sociale omstandigheden zo met elkaar verweven zijn als in de geriatrie. Het is dus irrealistisch, de klinische geriatrie en de sociale geriatrie te scheiden. De geriatrie observatiekliniek behoort geïntegreerd te zijn in het sociaal-geriatrie beleid, o.a. de follow-up.

Hieruit volgt, dat het opnamebeleid van de geriatrie observatiekliniek in handen moet zijn van de sociaalgeriatrie dienst, en dat de staf van de geriatrie observatiekliniek een aandeel heeft in de nazorg thuis en een taak heeft in de verpleegthuizen. Met nadruk wordt er de aandacht op gevestigd dat er bij opname in een geriatrie observatiekliniek geen selectie wordt toegepast. Het gaat er immers om, vast te stellen, wat er met de patiënt met zijn lichamelijke en (of) geestelijke afwijkingen en (of) sociale aanpassingsmoeilijkheden moet gebeuren. Hiertoe dienen deze patiënten uitgebreid onderzocht te worden, waarbij alle hulpmiddelen waarover de moderne kliniek beschikt, gebruikt moeten worden. Alles moet echter aangepast zijn bij de eisen en beperkingen die de bejaarde patiënt stelt. In deze kliniek vindt dus een selectie plaats. Een deel van de patiënten overlijden of gaan hersteld naar huis, terwijl van de overigen na een zekere observatietijd bekend zal zijn, wat de meest geëigende oplossing is.

Voor het goed functioneren van een dergelijke kliniek is het noodzakelijk, dat een voldoende aantal verpleegbedden, plaatsen in verzorgingstehuizen en extramurale hulp in verschillende vormen ter beschikking staan. Een nauw contact dient aan de ene zijde gehouden te worden met een groot algemeen ziekenhuis, ten einde snel en eenvoudig op bepaalde gebieden specialistisch advies te kunnen inwinnen, terwijl aan de andere kant banden met de verschillende verpleegthuizen onderhouden dienen te worden. Alle opnemingen in een verpleegtehuis moeten via deze observatiekliniek lopen. Het wetenschappelijk werk op het gebied van de geriatrie vindt hier zijn middelpunt en ook bij de opleiding van artsen en verplegend personeel zal de geriatrie kliniek een belangrijke plaats innemen.

Bij de oprichting van bovenbedoelde observatieklinieken hebben de ziekenhuizen een belangrijke taak. Tot nu toe is er van deze zijde nog weinig initiatief getoond.

Vanzelfsprekend behoort de geestelijk-gestoorde bejaarde (en niet de bejaarde geestelijk-gestoorde) patiënt in deze

organisatie ook ondergebracht te worden; zijn multipiele ziekte-toestand geeft hem daar recht op.

In de grotere steden is deze organisatie makkelijker te verwezenlijken dan op het platteland. Maar ook in het streekziekenhuis is een kleine geriatrie observatiegelegenheid op haar plaats. Afstanden tellen steeds minder mee. Een provinciaal-geriatrie dienst (resp. regionaal-geriatrie dienst) moet hierbij een coördinerende taak hebben, die niet alleen beperkt mag zijn tot het sociaal-geriatrie vlak, maar ook wel degelijk klinisch gericht moet zijn.

Door deze organisatie kan men op de duur bereiken, dat een zekere discriminatie, die op het ogenblik bestaat ten opzichte van de bejaarde (veelal chronische) zieken, opgeheven wordt.

Het verpleegtehuis (= verpleeginrichting = long stay annex), zoals dit de laatste jaren tot ontwikkeling komt, dient zich tot zijn eigen taak te beperken en te specialiseren. Een taak, die veelomvattend en uiterst belangrijk is, en waarbij de geestelijk-gestoorde patiënten niet vergeten mogen worden.

Het nut van de klinische observatie blijkt duidelijk uit de resultaten van de observatiekliniek voor geestelijk-gestoorde bejaarden in het Noodziekenhuis Zeeburg, pav. X te Amsterdam (MACKENZIE-VAN DER NOORDAA 1959; MACKENZIE-VAN DER NOORDAA en VAN DER HEIDE 1965), die in onderstaande tabel zijn weergegeven:

Van de eerste 1.000 patiënten die opgenomen werden, gingen:

naar huis	242
„ oude-liedenhuis	31
„ verzorgingstehuis	25
„ psychiatrisch verzorgingstehuis	106
„ psychiatrisch ziekenhuis (inrichting)	37
„ Hoog-Laren (verpleeginrichting voor geestelijk-gestoorde bejaarden)	349
„ interne afdeling ziekenhuis	44
„ elders	22
Spedig overleden waren	61
Laat overleden waren	83
	<hr/> 1.000

Ook voor lichamelijk zieke bejaarden is een dergelijke observatiekliniek noodzakelijk. Deze patiënten dienen zeer zeker niet zonder meer in een verpleegtehuis te worden geplaatst. In dat geval wordt het verpleegtehuis als het ware gedwongen, klinische diagnostiek te bedrijven zonder over voldoende diagnostisch-specialistische mogelijkheden te beschikken; het wordt zo tot een tweederangs ziekenhuis, resp. onbetaalbaar verpleegtehuis.

Literatuur: LELIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1609. — MACKENZIE-VAN DER NOORDAA, M. C. (1959) *T. soc. Geneesk.* **37**, 572. — MACKENZIE-VAN DER NOORDAA, M. C. en R. M. VAN DER HEIDE (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 1541.

Amsterdam, 25 september 1967

G.G. en G.D., afd. Geriatrie A. N. J. REINDERS FOLMER
L. KOEKENHEIM

Dat het probleem van de chronisch zieke bejaarde een moeilijk onderwerp is, bewijst het ingezonden stuk van bovengenoemde collegae. Er zijn nu reeds drie schrijvers met drie verschillende oplossingen. Mogelijk, dat een toenemend aantal schrijvers een toenemend aantal oplossingen zal produceren.

Waarom een observatiekliniek moet worden ingeschakeld, is mij niet geheel duidelijk. Een bejaarde patiënt, lijdende aan appendicitis acuta of aan febris e causa ignota enz. wordt opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Daarentegen wordt de chronisch zieke bejaarde opgenomen in een geria-

trische kliniek. Zo bv. een 78-jarige die aan verschillende ziekten tegelijk lijdt, met een ernstige hemiplegie door een cerebrovasculair accident. In de geriatrie kliniek wordt alles gedaan om de patiënt zo goed mogelijk te doen herstellen. Is hulp van een ziekenhuis of bv. van een neurologische kliniek nodig, dan wordt de patiënt daar tijdelijk ondergebracht. Hoeveer de patiënt zal herstellen, is niet te voorspellen. De tijd zal het leren. Inmiddels wordt de patiënt met zijn onbestemde toekomst behandeld en wel maanden en maanden, waarbij hij ook in het „milieu” van de geriatrie kliniek wordt opgenomen. En dan blijkt meestal pas na heel lange tijd, wat er verder met hem gaat gebeuren.

Als dat nu alles ook door de observatiekliniek wordt gedaan, is het mij „om het even”. What is in a name? Overigens leunt ook de observatiekliniek aan tegen een algemeen ziekenhuis. REINDERS FOLMER en KOEKENHEIM schrijven: „een nauw contact dient aan de ene zijde gehouden te worden met een groot algemeen ziekenhuis, ten einde snel en eenvoudig op bepaalde gebieden specialistisch advies te kunnen inwinnen . . .” Voor het overige moge ik verwijzen naar mijn antwoord aan collega VAN PROOSDIJ. Begrijpen moeten wij, dat de kern van ons probleem niet een statisch probleem is. Het geval van een chronisch zieke bejaarde kan nooit, tenzij hij is overleden, worden afgesloten. Want als de patiënt van de observatiekliniek naar het verpleegtehuis gaat, begint het weer opnieuw. Of wordt hij dan teruggeplaatst naar de observatiekliniek? Voor velen zou er dan een pendeldienst georganiseerd moeten worden. Een integrale oplossing is nodig; deze zie ik in een nauwe samenwerking tussen ziekenhuis en geriatrie kliniek.

De sociale problemen zijn natuurlijk heel belangrijk. Zeer terecht wordt dit door de collegae REINDERS FOLMER en KOEKENHEIM onderstreept. Maar bij een goede aanpak blijkt de geriatrie kliniek geen tweedehands ziekenhuis te zijn (dat zou dan trouwens ook van de observatiekliniek gezegd moeten worden) maar een gespecialiseerde kliniek voor de chronisch zieke bejaarde, terwijl de kosten zeker niet zo hoog zijn, dat ze onbetaalbaar zijn.

Scheveningen, 15 oktober 1967

L. H. LELIE

Naar aanleiding van de „Beschouwingen over de geriatrie kliniek” van LELIE (1967) moge ik het volgende opmerken.

Indien er bij de opname van patiënten in de afdelingen voor geriatrie en reactivering van het algemeen ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum sprake is van selectie, betreft dat een negatieve selectie; wij nemen bij voorkeur de ernstige gevallen op; patiënten met bij voorbeeld lichte neurologische uitvalverschijnselen worden zo mogelijk poliklinisch geoefend. Dat onze resultaten niettemin zoveel beter zijn dan die, welke zelfs in een goed verpleegtehuis worden bereikt, is geen wonder. HERMAN KREBBERS zal met een gewone viool ongetwijfeld mooiere muziek ten gehore brengen dan een amateur met een Stradivarius, maar bij gelijk niveau van vakmanschap en toewijding geeft de kwaliteit van het beschikbare instrumentarium de doorslag.

Het is mijn stellige overtuiging, dat optimale resultaten bij de behandeling van tot chronische invaliditeit neigende bejaarde patiënten uitsluitend kunnen worden gerealiseerd indien men kan beschikken zowel over de juiste technische outillage als over terzake kundige medewerkers. Dit houdt in: voldoende oefenruimte en apparatuur (inclusief elektro- en hydrotherapeutische installaties), genoeg verplegend personeel om de patiënten uit bed te halen en aan te kleden, transporteurs om de patiënten naar en van de oefenzaal te vervoeren en voldoende fysiotherapeuten, die de speciale

techniek van oefentherapie bij deze categorie patiënten beheersen.

Voorts moet te allen tijde en op korte termijn de mogelijkheid aanwezig zijn, overleg te plegen met neuroloog, orthopedisch chirurg, algemeen chirurg, revalidatie-arts, oogarts en wat dies meer zij. Wat de dagelijkse routine betreft is succes alleen verzekerd bij een bijzonder goede verstandhouding in het team, dat wordt gevormd door afdelingsarts, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, arbeidstherapeuten en verplegend personeel. Bij de speciale behandeling van patiënten die ook afatische stoornissen hebben, komen daar onder meer nog bij: psychologen, logopedisten, experts in mimiek en gebarentaal, en bezigheidstherapeuten. De resultaten die op deze wijze kunnen worden verkregen, vormen naar mijn mening het beste argument voor de instelling van geriatrie afdelingen in alle algemene ziekenhuizen van enige omvang.

De feitelijke situatie is helaas deze, dat onze ziekenhuizen veelal waar het bejaarde patiënten betreft, „reinculturen” zijn van chronische invaliditeit. Trouwens, elk bed, of dit nu thuis is, in een ziekenhuis of een verpleegtehuis, waarin overdag een bejaarde patiënt ligt terwijl dat uit medisch oogpunt niet strikt noodzakelijk is, vormt een kunstfout op vier poten. Maar al te vaak wordt een op leeftijd gekomen patiënt, ook als hij niet acuut ziek is, deels uit gewoonte, deels uit gemakzucht thuis of na opname zonder meer in bed gestopt. Het is zoals een Amerikaans chirurg in 1952 schreef: zij zijn dan uit de weg en als wij hen nodig hebben voor onderzoek en wat dies meer zij, weten wij waar de patiënt is te vinden: in zijn bed. „He has a place and that is it.”

Het is echter niet alleen de outillage die bij de behandeling van bejaarde patiënten gewicht in de schaal legt. Nog veel te weinig wordt bij het verrichten van bewegingstherapie bij deze categorie patiënten, behalve met de meestal aanwezige multiële pathologie, ook rekening gehouden met de beperkingen, welke het karakteristieke motore gedragspatroon van vooral hoogbejaarden met zich brengt. Het combineren, aaneenschakelen en omschakelen van handelingen — en trouwens ook van gedachten — is moeilijker geworden. De patiënten kunnen in den regel maar één ding tegelijkertijd doen, terwijl er vaak, vergeleken met de situatie bij jeugdiger personen, ook sprake is van tempoverlies. Een en ander vereist van verplegend personeel, fysiotherapeuten en artsen een speciale instelling, waarbij tact en geduld onmisbare eigenschappen vormen. De geriater moet leren leven met de paradox, in die zin, dat hij op hetzelfde moment haastige spoed moet combineren met engelengeduld.

De weerstanden tegen erkenning van de geriatrie als specialisme in Nederland berusten mijns inziens voor een groot gedeelte op de misvatting, dat een geriater een internist is, maar dan niet zo'n erg beste, of een revalidatie-arts zonder erkende opleiding, of een neuroloog, die niet precies weet wat het syndroom van Worp-Woensel-Kooy is. Het spreekt vanzelf, dat een geriater het nodige moet weten van o.a. inwendige geneeskunde, revalidatie-technieken, neurologie en psychiatrie, maar wat hem tot een aparte figuur maakt, is primair de speciale instelling ten opzichte van zijn patiënten.

Resultaten bewijzen meer dan citaten: hetgeen in „Zonnestraal” onder nog lang niet ideale omstandigheden werd bereikt, bewijst niet alleen, dat de geriatrie „een vak apart” is, maar ook dat geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen voorzien in een behoefte, die op andere wijze hoogstens partieel kan worden bevredigd. De weg die bewandeld moet worden, schijnt duidelijk voor ons te liggen — aldus