

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

LELIE. Indien „moet” wordt vervangen door „zal” heeft hij waarschijnlijk helaas gelijk.

Literatuur: LELIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1609.
— POTTER, W. H. M. N. e.a. (1965) *Geriatrics* **7**, 173. —
PROOSDIJ, C. VAN (1965) *Huisarts en Wetenschap* **8**, 223.
Hilversum, 1 oktober 1967 C. VAN PROOSDIJ

Waar moet de chronisch zieke bejaarde worden behandeld, op de geriatrie afdeling van een algemeen ziekenhuis of in een geriatrie kliniek? Ziedaar de vraag, die zowel collega VAN PROOSDIJ als ik in mijn artikel, trachten te beantwoorden.

Volgens collega VAN PROOSDIJ zijn de resultaten in het algemeen ziekenhuis „Zonnestraal” zo veel beter, dat de keuze moet vallen op het systeem, dat door het team van genoemd ziekenhuis wordt gepropageerd.

Maar hoe komt het, dat ondanks de grote verdienste van SCHREUDER en medewerkers voor de geriatrie en ondanks het uitdragen in woord en geschrift van hun visie sedert lange jaren, zij vrijwel geen navolging hebben gevonden?

En veronderstellen wij eens, dat de visie van collega VAN PROOSDIJ juist zou zijn, dat dus de verpleegduur in „Zonnestraal” 70 dagen en in een verpleegtehuis 20 maanden zou bedragen — vooropgesteld dat over vergelijkbare grootheden wordt gesproken, dus over nagenoeg gelijksoortige patiënten — dan zou het, zacht uitgedrukt, bijzonder ergerlijk zijn, indien het systeem der verpleegtehuizen een dag langer dan nodig gehandhaafd zou worden.

Maar helaas is het niet zo. Het enorme verschil in duur der verpleging kan onmogelijk worden verklaard door enige cm² oefenruimte meer per patiënt, door een groter aantal toestellen, meer elektro- of fysiotherapie. Of zijn de paramedische medewerkers, heilgymnasten, masseurs enz. zo veel kundiger? Of is het medische team en de medische outillage zo voortreffelijk, dat daardoor de meer dan 8 maal kortere verpleegduur wordt verklaard?

Ook wij trachten onze patiënten te geven, wat de moderne geneeskunde heeft te bieden. Ook wij consulteren specialisten van alle mogelijke vakken en sturen patiënten naar algemene ziekenhuizen of gespecialiseerde klinieken voor verder onderzoek c.q. behandeling. Ook collega VAN PROOSDIJ zal moeten „uitbesteden”; ik veronderstel tenminste, dat ook in „Zonnestraal” niet de geneeskunde met al zijn super-specialistische onderdelen beoefend kan worden.

Niet een toestel meer of minder — men kan ook met eenvoudige middelen veel bereiken —, niet het „knapper” zijn van het team van „Zonnestraal” verklaart het enorm grote verschil in duur der verpleging.

Ten eerste wordt dit verklaard bij demonstratie van de patiënten, die in „Mechropa” worden verpleegd. Zij zijn heel oud, gemiddeld 80 jaar, en lijden zeker voor 90 pct aan heel ernstige ziekten. Wij behandelen ernstige vormen van hart- en vaatziekten, primair chronisch reuma, ziekte van Parkinson en van Kahler, hemiplegieën en maligne tumoren. Om nog te zwijgen van onze patiënten met arteriosclerose cerebri, veelal incontinent en met een uitgebreide decubitus. Ik kan de scala van ernstige ziekten uitbreiden; het genoemde lijkt mij echter voldoende om te doen inzien dat onze verpleegduur een veelvoud van 70 dagen moet zijn.

Ten tweede zijn het niet alleen de ernst der ziekten en de hoge leeftijd der patiënten, waardoor onze resultaten anders zijn dan in „Zonnestraal”; wij kampen ook met de „afvoer” van patiënten. Wij kunnen bv. dementen niet ontslaan. Voldoende inrichtingen voor zieke, geestelijk gestoorde bejaarden ontbreken immers, ik veronderstel ook in Hilversum. Ook onze niet-demente bejaarden kunnen vaak pas na heel lange tijd worden ontslagen; soms lukt het in het geheel niet.

Alleen voor degenen die een eigen huis en verpleging of verzorging hebben, is het eenvoudig. Maar dat is de minderheid. Heel ouden hebben vaak geen eigen woning meer, en hulp en verpleging zijn schaarse en dure artikelen. Plaatsing in bejaardenhuizen is vrijwel onmogelijk, en volgt pas 1 à 2 jaar na inschrijving. Ook kinderen en familie, voorzover de heel ouden die nog bezitten, nemen slechts bij uitzondering ouders of familieleden in hun huis op.

Zo verklaar ik onze lange verpleegduur. Maar het zou interessant zijn, te weten, wat het lot is van de patiënten uit „Zonnestraal”, die niet naar eigen woning of bejaardenhuis kunnen worden ontslagen. Die gaan dan waarschijnlijk naar een verpleegtehuis. Maar wat gebeurt in deze inrichtingen, als de patiënten opnieuw ziek worden of een recidief van hun oude kwaal krijgen? Hoe ouder, hoe vaker „ziek of onderweg” deze mensen zijn. En moeten de patiënten in „Zonnestraal” niet ook in beweging worden gehouden en voortdurend worden geoefend? En moet deze inrichting niet ook over een uitgebreide medische en technische outillage beschikken?

Wij zijn weer bij ons uitgangspunt terug. Wij draaien in een circulus vitiosus, waar wij alleen uit kunnen komen, indien het probleem, dat ons zo intens bezighoudt, verder wordt bestudeerd.

Kort samengevat is mijn visie de volgende: Alle bejaarde patiënten die moeten worden gehospitaliseerd, worden in principe in een algemeen ziekenhuis opgenomen. Dat in deze ziekenhuizen veel meer voor de bejaarden gedaan moet worden, dat er moderne geriatrie beoefend moet worden, ben ik met collega VAN PROOSDIJ volkomen eens. Voor de chronisch zieke bejaarde echter, zoals ik deze heb gedefinieerd, is plaatsing in een geriatrie kliniek nodig.

De geriatrie kliniek werkt nauw samen met een algemeen ziekenhuis en met gespecialiseerde klinieken. Geen tegenstelling dus: algemeen ziekenhuis—geriatrie kliniek, maar een nauwe samenwerking. Onze patiënten kunnen daarvan slechts profiteren.

Scheveningen, 12 oktober 1967

L. H. LELIE

BERICHTEN

BUITENLAND

Engeland

Regering overweegt algeheel verbod van adverteren van sigaretten. — De minister van gezondheid nodigde half juli de leiders van de tabaksindustrie uit, zich te beraden over het denkbeeld, het adverteren van sigaretten te beperken. Eind september berichtten deze heren dat het hun niet gelukt was het eens te worden over een „scheme of limitation”. De minister heeft hen daarop bedankt „for the earnest efforts that had been made by all concerned”, en gezegd dat de regering thans opnieuw haar standpunt wil bepalen. In 1965 waren er in het Verenigd Koninkrijk 30.000 sterfgevallen aan longkanker vastgesteld, in grote meerderheid ten gevolge van het roken van sigaretten. Bovendien zijn er tal van andere ziekten — chronische bronchitis, emfyseem, kanker van mond, larynx, oesophagus, ziekten van coronaire vaten en van het bloedvaatstelsel van de hersenen — tot wier oorzaken de rookgewoonte eveneens behoort. Het roken van sigaretten is zonder twijfel „the greatest menace to the public health of our time”; de cijfers doen denken aan epidemische ziekten van vroeger eeuwen. Dit wil niet zeggen dat enige regering aanstonds zal beproeven het kwaad van het roken door „compulsory measures of restriction” te verminderen. Er is bovendien bij de propaganda van het afschaffen van de sigaret de speciale moeilijkheid dat tussen het begin van de verslaving en de eerste ver-