

dat hij beschouwde als een amnesie-syndroom, misschien ook als een „duplication”-syndroom zoals bij de anosognosie. Hij was het niet eens met de opvattingen van EDWIN WEINSTEIN. Volgens ZANGWILL beruften afwijkingen bij anosognosie op amnesie en niet op desoriëntatie of reduplicatie. De anosognosie kan in sommige gevallen ook een dysfasie zijn. Hij stelde tenslotte drie punten ter discussie:

1. het korsakow-syndroom is opgebouwd, o.a. uit amnesie;
2. de „denial” is meer een amnesie dan WEINSTEIN meent;
3. anosognosie is soms eer een amnesie.

's Avonds besloot HÉCAEN (Parijs) het symposium met het geven van een overzicht omtrent zijn opvattingen over de anosognosie. Hij maakt onderscheid tussen anosognosie (negeren van een verlamming), hemiasomatognosie (negeren van een of meer ledematen) en gevoel van afwezigheid van een of meer ledematen.

Samengevat kan over dit symposium gezegd worden, dat er wat minder belangwekkende, nieuwe experimenten werden meegedeeld dan in de vorige jaren, doch dat ook nu door de onderlinge discussies een waardevolle bijdrage geleverd kon worden voor het eigen werk.

Leiden, augustus 1967

A. J. WELMAN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

STIPENDIUM DR. SAAL VAN ZWANENBERG-STICHTING

Tot 15 februari 1968 bestaat gelegenheid mee te dingen naar een stipendium ten behoeve van een onderzoek dat gericht is op, of van waarde is voor, de farmacotherapie in de breedste zin. Om daarvoor in aanmerking te kunnen komen moet de gegadigde bij Prof. Dr. K. C. WINKLER (Catharijnesingel 59, Utrecht) een aanvraag indienen, waarin

- a. zijn persoonlijke gegevens worden vermeld en een overzicht wordt gegeven van de aard der door hem verrichte werkzaamheden;
- b. het onderzoek dat hij wil verrichten, en de methodes die hij daarbij wil toepassen, duidelijk worden omschreven;
- c. wordt aangegeven in hoeverre het onderzoek direct of indirect zal kunnen leiden tot resultaten op het gebied van de farmacotherapie;
- d. wordt vermeld waar hij het onderzoek zal verrichten;
- e. wordt opgegeven hoe hij het stipendium wenst te besteden.

De aanvraag dient vergezeld te gaan van ten minste één aanbeveling van een tot oordelen bevoegde beoefenaar van de wetenschap. Wanneer de gegadigde studeert aan een instelling voor hoger onderwijs of stafflid van een afdeling ener zodanige instelling is, dient in ieder geval een aanbeveling van een zijner hoogleraren c.q. van het hoofd der afdeling te worden overgelegd.

Leiden, 15 november 1967

S. E. DE JONGH

INGEZONDEN

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

„DE PIL”

Van verre heb ik de discussies over de pil in dit *Tijdschrift* gevolgd. Ik stem volkomen in, met mevrouw BEKKERING-MERENS (1967) naar aanleiding daarvan schreef. Ik wil nog graag de vraag stellen, of de wetenschapsmensen die min of meer ernstige bijverschijnselen van de pil vermelden, zich wel realiseren welke gevaren er in de ontwikkelingslanden

dreigen indien de vrouwen bang worden om de pil te gebruiken.

Vroeger stierven in de ontwikkelingslanden zeer veel kinderen aan ziekten, die nu voorkómen of met goed gevolg behandeld kunnen worden. Wanneer geen drastische geboortenbeperking in die landen wordt toegepast, zullen in de naaste toekomst weer vele kinderen sterven, te zamen met de moeders, en wel aan voedselgebrek.

Als algemeen arts verneem ik ook wel eens klachten van vrouwen over onaangename bijverschijnselen van „de pil”. In zulke gevallen wordt de pil gestaakt. Dan wordt een IUD (loop) ingebracht; deze methode veroorzaakt ook bijwerkingen en biedt minder zekerheid.

Het zou verstandiger zijn geweest, de discussie binnenskamers te voeren, en dan in tegenwoordigheid van vrouwen zoals mevrouw BEKKERING, en huisartsen die, als nadelen van het gebruik van „de pil” wereldkundig worden, plat gezegd, met de brokken zitten.

Literatuur: BEKKERING-MERENS, M. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1454.

Postmasburg (Zuid-Afrika), 9 november 1967

J. A. VAN BEUKERING

BESCHOUWINGEN OVER DE GERIATRISCHE KLINIEK

In zijn artikel over de geriatrie kliniek beschrijft collega LELIE (1967), gezien vanuit zijn verpleeginrichting „Mechropa”, het revaliderende verpleegtehuis. Omdat daar zo veel meer gebeurt dan verplegen, vindt hij de naam „verpleegtehuis” verouderd. Die dekt de lading niet meer. Hij vindt „geriatrie kliniek” een betere benaming en begint meteen deze te gebruiken, ook in de titel van zijn bijdrage en in zijn replieken.

Nu vind ik dat niet zo'n gelukkige greep, want de naam „geriatrie kliniek” was al uitgegeven. In de literatuur wordt hieronder verstaan: een afzonderlijke kliniek, waar op ziekenhuis-niveau geriatrie wordt bedreven. Tegenstanders van dit principe hebben steeds gesteld dat dit — wanneer het inderdaad ziekenhuisniveau zou zijn — een oneconomische en kostbare oplossing was, en, indien het niet veel duurder uitkwam, dat het dan geen ziekenhuisniveau kon zijn.

Dat collega LELIE met deze benaming Amsterdam met zijn observatiekliniek voor geestelijk gestoorde bejaarden en de geriatrie afdeling van „Zonnestraal” ten tonele riep, was te voorzien. Er ontstond een wat verwarrende discussie.

De collegae REINDERS FOLMER en KOEKENHEIM (1967) wijzen op „het grote belang” van de geriatrie observatiekliniek, ook voor lichamelijk zieke bejaarden, en collega VAN PROSDIJ (1967) meent de resultaten van Zonnestraal te mogen vergelijken met die van een verpleegtehuis. Al met al krijg ik het gevoel dat de bejaarde patiënt toch nog maar een „tweederangs” burger is.

Ik vraag mij af waarom de bejaarde patiënt niet toch in beginsel naar het ziekenhuis of naar de psychiatrische kliniek zou gaan, wanneer hij klinisch-specialistische behandeling nodig heeft. En waarom zou hij daar niet in beginsel een revalidatie-arts bijgeleverd krijgen? Waarom krijgt de bejaarde die klinisch-specialistische behandeling nodig heeft, nog steeds oplossingen aangeboden waarbij het „ziekenhuisniveau” betwijfeld kan worden?

Het is in het algemeen zo, dat initiatieven of ontwikkelingen — uit de nood en de mogelijkheden ontstaan — in een grote behoefte voorzien. Dit spreekt haast vanzelf. Maar dit behoort nog niet te betekenen dat een ieder de ge-

vonden oplossing kritiekloos moet bewonderen en als algemeen geldig en bruikbaar principe moet aanvaarden en navolgen.

Wanneer collega LELIE vraagt: Waar moet de chronisch zieke bejaarde worden behandeld en verpleegd, dan is mijn antwoord: zoals ieder ander; indien klinisch-specialistische hulp noodzakelijk is, in het ziekenhuis of in de psychiatrische kliniek; indien de permanente aanwezigheid van specialisten of van ziekenhuisoutillage niet (meer) is vereist, in het (revaliderende) somatische verpleegtehuis of in het psychiatrisch verpleegtehuis.

Ik meen dat dit met de conclusie van collega LELIE overeenstemt.

Tenslotte zou ik van deze gelegenheid gebruik willen maken, op het navolgende te wijzen. Hoe gelukkig wij ook kunnen zijn met de ontwikkeling die het somatisch verpleegtehuis heeft ondergaan, wij mogen de ogen niet sluiten voor het verschijnsel dat hier en daar — ten gevolge van bewuste, halfbewuste of onbewuste motieven — de neiging bestaat steeds méer te willen doen (en soms ook duidelijk te ver gaat) waardoor het verpleegtehuis zich de vergelijking met een ziekenhuis op de hals haalt.

Het ware te wensen dat men zijn eigen beperktheid steeds wilde kennen en niet méer wilde zijn.

Er staat in Nederland al meer dan genoeg apparatuur met weinig ander nut dan niveau-suggestie. Met name röntgen-apparatuur is in een verpleegtehuis niet op haar plaats. Deze ontwikkeling zou wellicht te voorkomen zijn geweest door tijdig, naast de minimum-eisen voor erkenning door de Ziekenfondsraad, ook maxima te stellen. Doet men dit niet, dan loopt de ontwikkeling gemakkelijk uit de hand.

Ik geloof dat wij er goed aan doen, de naam verpleegtehuis voorlopig maar te handhaven.

Literatuur: LELIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1609. — PROSDIJ, C. VAN (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1984. — REINDERS FOLMER, A. N. J. en L. KOEKENHEIM (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1983.

's-Gravenhage, 4 november 1967

M. D. J. VAN DER MEER

Collega VAN DER MEER slaat de spijker op de kop door te schrijven: al met al krijg ik het gevoel, dat de bejaarde patiënt toch nog maar een „tweederangs” burger is.

Dat is werkelijk een feit, en daarom deze discussie, om tot verbetering en vernieuwing van de medische behandeling van bejaarden te komen. Daarom ook is deze discussie niet verwarrend, maar opbouwend, los van het feit, dat niet op alle punten overeenstemming bestaat.

Men is het over het volgende wel geheel eens:

1. De zieke bejaarde die gehospitaliseerd moet worden, moet worden opgenomen in een ziekenhuis.
2. Onze ziekenhuizen kunnen en moeten veel meer doen voor de zieke bejaarde. Moderne geriatrie is helaas nog niet in de kliniek doorgedrongen.

Verskil van mening bestaat echter over de vraag waar de chronisch zieke bejaarde moet worden opgenomen. Er zijn 2 mogelijkheden:

1. Alle zieke bejaarden die moeten worden gehospitaliseerd, en dus ook de chronisch zieken, gaan naar een ziekenhuis tot zij worden ontslagen naar eigen woning of bejaardenhuis, dan wel tot hun dood toe. Overplaatsing van niet-„genezen” patiënten naar een verpleegtehuis zonder voldoende medische outillage impliceert, dat de patiënt bij opnieuw ziek worden of bij een recidief van zijn oorspronkelijke ziekte terug moet worden geplaatst naar het ziekenhuis. Ik schreef reeds, dat het heen en weer plaatsen een pendel-

dienst zou vergen, dat de arme patiënt nergens meer rust en een eigen milieu zou vinden. Verder wees ik op het belang van dit milieu. Ik ben ervan overtuigd, dat deze herhaaldelijke verplaatsingen voor de patiënt niet minder dan een ramp zouden zijn.

2. De chronisch zieke bejaarde wordt opgenomen in een geriatrie kliniek, die nauw samenwerkt met een ziekenhuis. Deze geriatrie kliniek, waar de patiënt gedurende maanden en soms jarenlang wordt verpleegd, moet over een voldoende medische outillage beschikken, zonder daarbij met een ziekenhuis te willen worden vergeleken. Het moet een instelling met een geheel eigen karakter worden. De naam van deze instelling, ik wilde haar „Geriatrische Kliniek” noemen, is daarbij irrelevant. Het was een lange weg van „rusthuis” naar „verpleegtehuis”, maar toen het rusthuis verdween, kwam er ook een nieuwe naam „verpleegtehuis”, uitdrukking gevend aan vernieuwing en vooruitgang. En als collega VAN DER MEER schrijft, dat hij de naam verpleegtehuis voorlopig wil handhaven, dan duidt ook hij op een verdere ontwikkeling van het verpleegtehuis naar een betere medische eenheid. Collega VAN DER MEER is het trouwens in de dagelijkse praktijk helemaal met mij eens, door, als hoofd van de afdeling geriatrie van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst van 's-Gravenhage, naar de verpleegtehuizen te verwijzen chronisch zieke bejaarden, bv. patiënten lijdende aan hart- en vaatziekten, cerebrovasculaire accidenten enz. Maar als deze patiënten naar een verpleegtehuis en niet naar een ziekenhuis worden verwezen, dan moet er ook voor een voldoende medische outillage van deze inrichtingen worden gezorgd. Het verpleegtehuis in zijn huidige vorm biedt echter onvoldoende mogelijkheden. Dat bij de ontwikkeling van het verpleegtehuis financiële problemen van invloed zijn, is duidelijk. Maar de kostprijs — die overigens voor de geriatrie kliniek beduidend lager ligt dan voor een algemeen ziekenhuis — mag nooit een principiële belemmering zijn om ook aan chronisch zieke bejaarden de zegeningen van de moderne geneeskunde deelachtig te doen worden. De bejaarde patiënt die in het verpleegtehuis wordt opgenomen, is geen statische eenheid. Zijn ziekte verbetert of verergert; tal van nieuwe ziekten bedreigen hem. Op hoge leeftijd zijn de zieke bejaarden uiterst gevoelig voor vele ziekten. Het verpleegtehuis, schreef ik, is een dorado voor de patholoog; hij kan daar alle ziekten aantreffen met uitzondering van die behorend tot het gebied der kindergeneeskunde en der verloskunde. Nu zal iedereen natuurlijk met mij instemmen, dat deze bejaarde patiënten goed behandeld moeten worden. Maar dan moet of het verpleegtehuis zo geoutilleerd zijn, dat het een geriatrie kliniek wordt, of de patiënt wordt, als hij opnieuw ziek is, overgeplaatst naar een ziekenhuis. Dan komt de „pendeldienst” in werking, dan wordt de patiënt herhaaldelijk verplaatst, terwijl het eenvoudiger, goedkoper en vooral prettiger voor de patiënt kan.

Collega VAN DER MEER schrijft: „Het is in het algemeen zo, dat initiatieven of ontwikkelingen — uit de nood en de mogelijkheden ontstaan — in een grote behoefte voorzien.” Inderdaad, de ontwikkeling van verpleegtehuis tot geriatrie kliniek ontstaat uit de nood en voorziet in een grote behoefte. Wij zullen moeten kiezen tussen geriatrie in het algemene ziekenhuis, waar dan ook de chronisch zieke bejaarde zijn langdurige verzorging zal kunnen vinden, of geneeskundige behandeling en verpleging van de chronisch zieke bejaarde in de Geriatrie Kliniek, zo nodig in samenwerking met ziekenhuizen.

De laatste oplossing lijkt mij verre te verkiezen.

's-Gravenhage, 16 november 1967

L. H. LELIE