

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

VERSTREKKING VAN MENSELIJKE ANTI-TETANUSIMMUNOGLOBULINE DOOR HET R.I.V.

De aflevering van menselijke anti-tetanusimmunoglobuline is in Nederland tot nu toe beperkt tot gevallen, waarin op grond van vroegere seruminjecties, sterk belaste allergische anamnese of bewusteloosheid, de profylactische toediening van paardeserum gecontra-indiceerd is (zie rondschriften G.H.I. mei 1967 en december 1967 aan alle artsen). Het preparaat is voor deze gevallen te verkrijgen via de bekende plaatselijke depots. De kosten worden in voorkomende gevallen door het Ziekenfonds vergoed.

De huidige voorraadpositie maakt het mogelijk de levering van dit produkt vanaf 1 januari 1968 uit te breiden tot gevallen waar de behandelende arts op grond van de verwonding en bij het ontbreken van een actieve immunisatie tegen tetanus toch een seruminjectie noodzakelijk acht.

De immunoglobuline, bereid door het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandsche Roode Kruis te Amsterdam in samenwerking met de Militair Geneeskundige Dienst en het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid, uit bloed van tegen tetanus geïmmuniseerde donors, wordt geleverd tezamen met 3 ampullen tetanusvaccin. Dit vaccin moet volgens een op het bijpakbriefje aangegeven schema worden toegevend met het doel de patiënt actief te immuniseren. Hierdoor worden eventuele verdere seruminjecties in de toekomst overbodig.

Verpakkingen voor profylactisch gebruik kunnen door de arts rechtstreeks bij het R.I.V. worden besteld. De kosten bedragen f 17,78 per verpakking, bevattende 1 ampul à 250 A.E. menselijke anti-tetanusimmunoglobuline en 3 ampullen à 10 I.f tetanustoxoïde. Deze kosten worden niet door het Ziekenfonds gedragen en zullen derhalve aan de aanvrager in rekening moeten worden gebracht.

Het serum antitetanicum equinum (prijscourant nr. 133.1) kan op speciale aanvraag worden afgeleverd. Het serum antitetanicum ovinum (prijscourant nr. 134.1) wordt echter met ingang van 1 januari 1968 uit de circulatie genomen.

Indien de voorraad menselijke anti-tetanusimmunoglobuline onvoldoende mocht blijken te zijn of de vraag naar dit produkt de produktiemogelijkheden zou overschrijden, zal serum antitetanicum equinum worden geleverd. Voor verstreking via de depots van menselijke anti-tetanusimmunoglobuline, voor toepassing op de in de eerste alinea genoemde speciale indicaties, zal steeds worden zorggedragen.

Ook voor therapeutische toediening kan het preparaat ter beschikking worden gesteld. Hiertoe worden op twee opeenvolgende dagen telkens 10 ampullen à 250 A.E. (2500 I.E.) intramusculair toegediend. Zodra de diagnose tetanus is gesteld of waarschijnlijk is, kunnen twee verpakkingen van 10 ampullen à 250 A.E. per ampul telefonisch (telefoonnummer 03402-4141 toestel 620, met vermelding: „spoedbestelling tetanusbehandeling”) bij het R.I.V. worden besteld. Deze verpakkingen worden met spoed verzonden. De kosten van zulk een therapeutische behandeling (f 355,60) worden in voorkomende gevallen door het Ziekenfonds vergoed.

Utrecht, 13 december 1967
Rijks Instituut voor de
Volksgezondheid

Dr. J. SPAANDER,
algemeen directeur

IN 1968 TOELATING VAN VIJFTIG NEDERLANDSE ARTSEN IN DE REPUBLIEK VAN ZUID-AFRIKA

Volgens schrijven van de Zuidafrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad, gericht aan de Nederlandse ambassadeur te Pretoria, zullen in 1968 vijftig Nederlandse artsen daar te lande worden toegelaten. De tekst van de brief luidt als volgt:

U Eksellensie,

Met verwysing na die ooreenkomst tussen die Nederlande en die Republiek van Suid-Afrika betreffende die registrasie van 'n sekere aantal geneeshere uit die Nederlande elke jaar, moet ek u meedeel dat die Raad op sy onlangse vergadering besluit het dat in die jaar 1968, soos in die verlede, vyftig geneeshere uit die Nederlande in Suid-Afrika geregistreer kan word.

Dit sal hoog op prys gestel word indien u Eksellensie hierdie inligting aan die betrokke instansies in die Nederlande sal oordra.

Pretoria, 10 Augustus 1967

Met verskuldigde hoogagting,
U dienswillige,
w.g. W. H. BARNARD,
registrateur

INGEZONDEN

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

BESCHOUWINGEN OVER DE GERIATRISCHE KLINIEK

Vele discussies over de medische bejaardenzorg lijden aan het euvel dat de discussianten niet praten over dezelfde materie. Deze indruk krijgt men ook uit de polemiek tussen LELIE enerzijds en VAN PROOSDIJ (1967) anderzijds. M.i. kan men de medische problemen betreffende de bejaarden indelen in enige belangrijke groepen.

1. *De acuut zieke bejaarde.* Deze kan in zijn eigen huis door zijn huisarts worden behandeld of, bij gebrek aan verzorging, in een verpleeginrichting. Blijken de problemen te groot of te complex dan behoort deze patiënt evenals een soortgelijke patiënt van jongere leeftijd in een ziekenhuis te worden opgenomen voor specialistische behandeling.

2. *De chronisch zieke bejaarde.* Deze groep kan worden gesplitst in een aantal kleinere groepen:

a. De ongeneeslijke zieken bij wie de diagnose vaststaat, bv. een patiënt met een gemetastaseerd longcarcinoom. Deze patiënt heeft recht op verpleging onder supervisie van een algemeen arts, terwijl bij complicaties of voor palliatieve therapie consultatieve of poliklinische of klinische specialistische begeleiding gewenst is.

b. Patiënten met een ongecompliceerd cerebro-vasculair accident. Deze zullen na onderzoek door een algemeen arts of specialist — hetzij een neuroloog, hetzij een internist — waarschijnlijk het meest gebaat zijn met plaatsing in een reäcuiveringscentrum zoals VAN PROOSDIJ ook terecht stelt. Ook voor deze groep geldt dat voor sommigen van hen aanvullende specialistische hulp wenselijk kan zijn.

c. De demente bejaarden. Deze zijn een groot sociaal probleem; zij moeten, indien de toestand thuis onmogelijk wordt, in een verpleeginrichting voor demente bejaarden worden ondergebracht. O.i. behoren deze inrichtingen onder supervisie van een psychiater te worden gesteld, die wordt bijgestaan door een aantal algemene artsen.

d. De dubbelgestoorde bejaarden, d.w.z. bejaarden die zowel een geestelijk als lichamelijk lijden hebben. Deze ondergroep vormt het grote probleem van de medische bejaardenzorg. Door de structuur van het ziekenhuis is deze groep meestal nauwelijks te plaatsen zonder grote overlast te veroorzaken aan mede-patiënten. Indien zij om deze overlast te verminderen sterk worden gesedeerd, is dit meestal tot schade van de patiënt. Voor deze groep is een observatieafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische verpleeginrichting zeker wenselijk; de ernst van de afwijkingen kan dan worden bepaald. Men moet zich hierbij goed realiseren dat de prognose voor deze groep — zelfs onder de beste omstandigheden — zeer slecht is. Immers een groot deel van de chronische lichamelijke ziekten kan slechts worden behandeld als de patiënt medewerking verleent. Over het algemeen zal men een overleving van meer dan 1 jaar in deze groep dan ook niet mogen verwachten. Ook in een geriatrich ziekenhuis zal men hieraan niets kunnen veranderen. Ongetwijfeld zullen ook deze patiënten recht hebben op specialistische diagnostiek c.q. therapie. Deze kan echter vaak poliklinisch of consultatief worden gegeven terwijl soms een kortdurende opname op een interne of neurologische afdeling ervoor noodzakelijk zal zijn. Primair behoren zij echter onder toezicht van een psychiater te staan i.v.m. hun verpleging.

Als men deze indeling aanhoudt krijgt men de indruk dat LELIE over de groep 2a spreekt en VAN PROOSDIJ over 2b. Beiden behandelen de aan hun toevertrouwde patiënten optimaal, het zijn echter onvergelykbare groepen. Beiden onderkennen echter dezelfde moeilijkheid n.l. de doeltreffende behandeling „elders” van de groepen 2c en 2d. Immers voor deze groepen is in Nederland nog steeds een tekort aan voorzieningen. Een ieder zal het ermee eens zijn, dat het zinloos is deze patiënten in ziekenhuizen, verpleeginrichtingen of reactiveringscentra op te nemen.

Ook door het vage begrip „geriater” in te voeren kan men dit vraagstuk niet tot een oplossing brengen. Indien LELIE de naam „Verpleeginrichting voor bejaarden”, die een wat slechte klank heeft gekregen, wil vervangen door „Geriatrische kliniek” is dit geen bezwaar, daar deze naamsverandering niets aan de inhoud van het huis zal veranderen, noch aan de instelling van LELIE om te streven naar een nauwe samenwerking met een algemeen ziekenhuis. Gaat men echter spreken van geriatriche ziekenhuizen zoals VAN PROOSDIJ dat voorstaat, dan wordt onduidelijk of hij bedoelt een reactiveringscentrum — zoals bv. de geriatriche afdeling van Zonnestraal — of een verpleeginrichting met enkele specialistische faciliteiten. Gaat men deze kant op dan zal dat ongetwijfeld inhouden dat vele zieke bejaarden daar primair worden geplaatst en niet in een algemeen ziekenhuis voor diagnose c.q. behandeling worden opgenomen. Een van de gevolgen hiervan zal zijn een verminderde graad van specialistische behandeling voor deze groep. De beste behandelingsmethode voor alle bejaarden als geheel is waarschijnlijk een differentiatie in bovengenoemde groeperingen die ieder voor zich in een passende inrichting moeten worden opgenomen.

Literatuur: LELIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1609.
— PROOSDIJ, C. VAN (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1984.

Rotterdam, 22 november 1967

G. J. H. DEN OTTOLANDER

In de discussie zijn alle auteurs het erover eens, dat de zieke bejaarde die moet worden gehospitaliseerd en die niet lijdt aan een chronische ziekte, moet worden opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Verschil van inzicht bestaat over de

„echt geriatriche” patiënt, de chronisch zieke, van wie ik een definitie heb gegeven, mede om een basis voor een discussie te scheppen.

Feiten en ervaringen, verzameld in een verpleegtehuis, werden beschreven om een bijdrage tot het zo belangrijke probleem van de behandeling van de chronisch zieke bejaarde te leveren. En uit deze ervaringen blijkt, dat de chronisch zieke bejaarde niet in een paar hokjes kan worden onderverdeeld, zoals collega DEN OTTOLANDER het wel heel simplistisch wil doen. De tot invaliditeit leidende ziekten zijn heel talrijk, waarbij in vrijwel alle gevallen multiële aandoeningen de gezondheid van de bejaarde aantasten. Gezien deze grote variatie gaat de indeling van collega DEN OTTOLANDER niet op. Als ik de 144 patiënten van ons verpleegtehuis zou beschrijven, zou ik een boekdeel kunnen vullen met verschillende ziektebeelden, die meestal in hun ernstige vormen worden gezien: de gehele scala van reumatische ziekten, van hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, stofwisselingsziekten, maligne tumoren, bloedziekten, enz. Het zijn waarlijk niet alleen het cerebrovasculaire accident en de ziekte van Parkinson die ons geneeskundig handelen bepalen. Het is werkelijk niet eenvoudig, en daarom schreef ik, dat ook in het verpleegtehuis de diagnostiek nummer één komt. Daarna pas volgt de therapie in al haar aspecten. Het is niet waar, dat het verpleegtehuis een inrichting voor verpleging is, overgoten met een sauce van rehabilitatie-therapie.

Een goed verpleegtehuis zonder goede diagnostiek is ondenkbaar. Natuurlijk heeft geen niveau van een groot algemeen ziekenhuis bereikt te worden. Er bestaan tenslotte ook grote verschillen in diagnostisch vermogen bij de ziekenhuizen onderling, getuige de opmerking van collega DEN OTTOLANDER aan het adres van „Zonnestraal”: „Een van de gevolgen hiervan zal zijn een verminderde graad van specialistische behandeling voor deze groep.” Gelukkig kan het meestal ook met „minder”. Een maximum, slechts mogelijk in een academisch ziekenhuis, is slechts bij uitzondering nodig.

Het verpleegtehuis van tegenwoordig heeft echter in het algemeen een te gering diagnostisch vermogen. Vandaar mijn streven, het verpleegtehuis te doen ontwikkelen naar een geriatriche kliniek, opdat een redelijk onderzoek mogelijk is, zonder dat men de patiënt voor elke aandoening moet verwijzen naar polikliniek of kliniek van een ziekenhuis, hetgeen ook op onoverkomelijke praktische bezwaren zou stuiten.

De chronisch zieke bejaarde, die in ons verpleegtehuis is opgenomen, is een ernstig ziek mens, die voortdurend onderzoek en behandeling nodig heeft. In de lange tijd die hij in het verpleegtehuis verblijft, kunnen zich nieuwe ziekten ontwikkelen, vaak ernstiger dan die waarvoor hij werd opgenomen: Ook is de oorspronkelijke ziekte niet stationair. Alles is in beweging, ook in het verpleegtehuis. Het zou een testimonium paupertatis zijn, indien de geriatriche kliniek bij een patiënt, lijdende aan een gemetastaseerd longcarcinoom, — dit voorbeeld geeft collega DEN OTTOLANDER — bij complicaties of voor palliatieve therapie de hulp zou moeten inroepen van een algemeen ziekenhuis. Ik stel daartegenover: indien het verpleegtehuis dit minimum aan geneeskundige controle en behandeling niet kan geven, kunnen zijn poorten beter worden gesloten.

Het verpleegtehuis, de voorloper van de geriatriche kliniek, is geen „pakhuis” van zieken, die op de dood wachten, het is veeleer een kliniek met speciale eigenschappen, o.a. speciale vormen van therapie, vanwaar de mensen, ook al is het dan partieel genezen, naar huis terugkeren. De therapie

is veelzijdig, ik denk niet uitsluitend aan fysische revalidatie-therapie, ook de sociale, psychologische facetten zijn uiterst belangrijk evenals de bezigheidstherapie en de „therapie van het milieu”, aangepast bij de noden en verlangens van de chronisch zieke bejaarde. Dit alles geeft het algemene ziekenhuis niet. En daarom is de geriatrie kliniek een gespecialiseerde inrichting, zoals een neurologische of verloskundige kliniek dat ook is.

Maar om dat te kunnen zijn, moet er nog veel gebeuren, moet het verpleegtehuis zich ontwikkelen naar een geriatrie kliniek. Dan eerst heeft deze inrichting recht van bestaan.

Er zijn slechts twee alternatieven: óf de chronisch zieke bejaarde wordt gehospitaliseerd in een algemeen ziekenhuis, waar hij dan blijft tot aan zijn ontslag of aan zijn dood, óf de chronisch zieke bejaarde wordt opgenomen in een geriatrie kliniek, die mede steunt op alle hulpmiddelen van het algemene ziekenhuis of gespecialiseerde klinieken. Alle tussenoplossingen betekenen alleen ellende voor de patiënt.

Scheveningen, 16 december 1967

L. H. LELIE

Schematiseren is, met name indien het bejaarden betreft, een hachelijke onderneming. De poging van DEN OTTOLANDER enige orde op zaken te stellen in de gecompliceerde problematiek van zieke bejaarden, verdient zeker waardering, maar de werkelijkheid omvat nu eenmaal meer dan de som van alle delen. De acuut zieke bejaarde, zo wordt gesteld, moet — evenals een soortgelijke patiënt van jongere leeftijd — in een ziekenhuis worden opgenomen voor specialistische behandeling. De huidige praktijk is, dat dit soms niet gebeurt, uitsluitend op grond van het feit dat de patiënt bejaard is. Wordt de patiënt wel geaccepteerd, dan wordt de aandoening, die daartoe de primaire aanleiding vormde, in den regel lege artis specialistisch behandeld, terwijl — deels door ontoereikende accommodatie, deels door „geriatrie lacunes” in de vroegere opleiding — onvoldoende aandacht wordt besteed aan het gevaar, dat elke opnemings- en de daarmee meestal gepaard gaande immobilisatie voor een zieke bejaarde met zich meebrengt.

Gemeen goed in statu nascendi is, dat iedere acuut ziek geworden bejaarde een blijvend chronisch zieke of gehandicapte bejaarde is geworden. Deze wantoestand zal pas verdwijnen, als iedere arts beseft, dat een acuut ziek geworden bejaarde het gevaar loopt chronisch ziek of gehandicapt te blijven. Mijn stelling dat onze ziekenhuizen fungeren als „reinculturen” van chronische hulpbehoevendheid bij bejaarden, moge overdreven zijn, het is een overdrijving in de zin van wat GIBRAN heeft genoemd: een nijdig geworden waarheid.

Het lijkt mij onjuist categorisch te stellen dat een bejaarde, bij wie een ongeneeslijke ziekte is geconstateerd, afgezien van complicaties, alleen maar recht zou hebben op verpleging onder supervisie van een algemeen arts. De ervaring leert, dat ook hier selectie geïndiceerd is; het lot van ettelijke ongeneeslijk zieke bejaarden en dat van hun verzorgers kon, dank zij de resultaten van voorzichtige oefentherapie, althans tijdelijk aanzienlijk draaglijker worden gemaakt. Hieronder waren ook verschillende bejaarden met carcinoommetastasen. Bekend is trouwens dat maligne aandoeningen op hoge leeftijd dikwijls aanzienlijk „goedaardiger” verlopen dan bij jeugdiger personen.

Hoe riskant het is aan rubricering consequenties te verbinden wat de primaire plaats van opnemings van zieke bejaarden betreft, blijkt ook uit hetgeen DEN OTTOLANDER stelt ten aanzien van de categorie demente bejaarden. Deze zouden, indien zij thuis niet meer gehandhaafd kunnen wor-

den, in een verpleeginrichting voor demente bejaarden moeten worden opgenomen. In het kader van deze reactie laat ik de problematiek van de werkelijk demente bejaarden buiten beschouwing en volsta met erop te wijzen, dat indien zulks inderdaad in eerste instantie zou geschieden, vele bejaarden volkomen ten onrechte in een dergelijke inrichting zouden belanden. Slechts wie dit van nabij en bij herhaling heeft meegemaakt kan beseffen, hoe uitermate verraderlijk „schijnmentie” bij bejaarden is.

Een 81-jarige, in het Gooi woonachtige zilversmid werd in „Zonnestraat” opgenomen wegens een circulatiestoornis in de hersenen met als gevolg een matig-ernstige hemiparese links. Deze man was nog zo vitaal, dat hij dagelijks met de trein naar Rotterdam reisde, daar in zijn vroegere zaak grafferwerk verrichtte en na de reis terug 's avonds thuis administratief werk deed. Na een week oefentherapie, waarin reeds goede vorderingen werden gemaakt, kreeg de patiënt een bronchopneumonie, gepaard gaande met hoge koorts. Binnen een tijdsbestek van twaalf uur was de patiënt volkomen gedesorienteerd, hij herkende niemand meer, urineerde in bed en smeerde met faeces. Hoewel nog niet genezen, werd de patiënt reeds na twee dagen behandeling met antibiotica gemobiliseerd in verband met zijn psychische toestand. Nog twee dagen later was hij geestelijk weer geheel hersteld. Zo kan elke intercurrente ziekte bij bejaarden aanleiding geven tot verwardheidstoestanden en symptomatische psychosen.

REINDERS FOLMER en KOEKENHEIM (1967) vermelden de resultaten, bereikt in de observatiekliniek voor geestelijk gestoorde bejaarden in het Noodziekenhuis Zeeburg te Amsterdam. Enig rekenwerk leidt tot de conclusie, dat van de eerste duizend patiënten die daar werden opgenomen, minder dan de helft werd overgeplaatst naar resp. een psychiatrisch verzorgingstehuis, een psychiatrisch ziekenhuis (inrichting) en de verpleeginrichting voor geestelijk gestoorde bejaarden „Hoog Laren”. Onder deze patiënten bevonden zich ook vele „dubbelgestoorde” bejaarden; het lijkt mij dan ook ietwat ongenueanceerd, te stellen, zoals DEN OTTOLANDER doet, dat „de prognose van deze groep zelfs bij de beste omstandigheden zeer slecht moet zijn”.

Vervolgens moge ik er collega DEN OTTOLANDER op attenderen, dat ik nergens heb gesproken van „geriatrie ziekenhuizen”; in tegendeel, ik heb juist gepleit voor „de instelling van geriatrie afdelingen in alle algemene ziekenhuizen van enige omvang”. De wenselijkheid daarvan en hetgeen men eronder dient te verstaan werd door mij inmiddels in dit *Tijdschrift* nader toegelicht (vorige jaargang bl. 2194).

Sommige artsen, werkzaam in verpleeginrichtingen voor bejaarden, voelen niet geheel ten onrechte enig onbehagen bij het gebruiken van deze nomenclatuur. De benaming geriatrie kliniek heeft echter m.i. het bezwaar, dat hiermede althans wordt gesuggereerd dat in dergelijke inrichtingen de taken moeten en kunnen worden vervuld die in onze algemene ziekenhuizen grosso modo sinds jaar en dag worden verwaarloosd waar het bejaarde patiënten betreft. Mét collega VAN DER MEER ben ik van mening dat de bij sommige verpleegtehuisartsen bestaande neiging „steeds meer te willen doen . . . , waardoor het verpleegtehuis zich de vergelijking met een ziekenhuis op de hals haalt” moet worden onderdrukt. Het is mij niet onbekend dat ik mij met dit standpunt het ongenoegen op de hals heb gehaald juist van die in verpleegtehuizen werkzame collegae van wie ik de capaciteiten hogelijk waardeer. Mijns inziens echter zouden zij, indien in ons land een groter aantal geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen wordt ingericht, juist

daar het best tot hun recht komen. Zo lang dergelijke afdelingen niet worden gerealiseerd zal het, ondanks al het overigens nuttige gediscussieer over de geriatrische problematiek in Nederland, wat de praktijk betreft hierop neerkomen, dat men blijft zoeken naar de kwadratuur van een vicieuze cirkel.

Het is mij niet duidelijk waarom het begrip geriater „vaag” zou moeten zijn. Hetgeen hem prima vista van andere specialisten onderscheidt, is, dat hij van verschillende deelspecialismen het nodige moet weten. Het is vooral de speciale instelling ten opzichte van zijn patiënten, die de geriater tot een paradoxale figuur maakt. Hij is een meester op vele wapens, die de beperkingen welke deze onbegrensdeheid met zich meebrengt, terdege beseft. De bij verschillende specialisten bestaande vrees dat erkenning van de geriatrie als officieel specialisme hun meer vrije tijd zou bezorgen dan zij begeren, is volkomen ongegrond. De ervaring leert dat adequate behandeling van geriatrische patiënten aan internisten, neurologen, (orthopedische) chirurgen, oogartsen, keel-, neus- en oorartsen, huidartsen, radiologen en zelfs vrouwenartsen zeer veel werk bezorgt, soms meer dan hun lief is. Wetenschappelijke vooruitgang op het gebied van de gerontologie zal mede het gevolg zijn van de arbeid van orgaanspecialisten die belangstelling koesteren voor oude mensen, zonder zich tot die categorie patiënten te beperken. Degenen die geriateren beschouwen als stropers in andermans jachtvelden, zijn kennelijk onvoldoende op de hoogte van hetgeen geriatrie in de praktijk wil zeggen; het gaat om een terrein dat braak ligt en, indien ik de geriater een meester mag noemen, is daarmee bedoeld een meester die voor alles weet te dienen.

Literatuur: LELIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1609. — MEER, M. D. E. VAN DER (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 2192. — PROOSDIJ, C. VAN (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1984 en 2194. — REINDERS FOLMER, A. N. J. en L. KOEKENHEIM (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1983.

Hilversum, 10 december 1967

C. VAN PROOSDIJ

GERIATRIE EN KLINIEK

Meer dan tien jaar geleden liet men in een ziekenhuis in Hilversum voor de tweede maal in zijn historie de zon stralen over een nieuw en tot dan toe schemerig gebied van de geneeskunde: de geriatrie. Degenen die bereid waren buiten de gevestigde medische kaders en tradities te treden om bij oudere patiënten met chronische kwalen een beter menselijk functioneren te waarborgen, hebben in deze kliniek niet tevergeefs hun scholing gekregen. De Nederlandse Verpleegtehuisartsen behoorden tot de eersten die ervan profiteerden. In een op 1 januari 1965 afgesloten onderzoek in de Nederlandse Verpleegtehuizen (*Het Verpleegtehuis in Ontwikkeling 1967*) kan men over de feitelijke uitrusting van de Nederlandse Verpleegtehuizen exacte cijfers aantreffen.

Het gevolg is geweest dat de oude rust- en verpleegtehuizen, die vooral in de omgeving Hilversum de deur van het leven achter hun bejaarde patiënten dichtgooiden, aan het verdwijnen zijn. De reactie van VAN PROOSDIJ (1967) op het artikel van LELIE (1967) kunnen wij dan ook grotendeels ondersteunen. Ernstige bezwaren hebben wij echter tegen de opmerking: „dat onze resultaten niettemin zoveel beter zijn dan die, welke zelfs in een goed verpleegtehuis worden bereikt, is geen wonder”.

Het is onze stellige overtuiging, dat optimale resultaten bij de behandeling van tot chronische invaliditeit neigende bejaarde patiënten uitsluitend kunnen worden bereikt indien men kan beschikken over zowel de juiste technische outillage als over deskundige medewerkers. Naar onze mening houdt dit in dat er voldoende oefenruimten en apparatuur (in-

sief elektro- en hydrotherapeutische installaties) aanwezig moeten zijn, genoeg verplegend personeel om de patiënten naar en van de oefenzaal te vervoeren en voldoende fysiotherapeuten, die de speciale techniek van de oefen therapie bij deze patiënten beheersen. Indien noodzakelijk moet op korte termijn de mogelijkheid bestaan om intensief consultatief overleg te plegen met neuroloog, orthopedisch chirurg, revalidatie-arts, internist en wat dies meer zij. Dit betekent dat het team dat de patiënt behandelt, moet bestaan uit artsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werksters, arbeidstherapeuten, gediplomeerde verpleegsters en ziekenverzorgsters die een doeltreffende opleiding genoten hebben.

Wij menen dat een op de invaliditeit van de bovengenoemde patiënten gerichte bezigheidstherapie van onvervangbare en daarom niet te overschatten waarde is, en reeds op vele plaatsen goed op gang komt. Ook het arbeidsterrein van de psycholoog in het verpleegtehuis begint zich reeds uit te breiden. Vaak is zijn advies onmisbaar bij de beoordeling van de toekomstige mogelijkheden voor de patiënt.

In veel Nederlandse Verpleegtehuizen wordt gewerkt met de boven aangeduide outillages en deskundige krachten. Hier en daar bestaan zelfs al vrij gedifferentieerde contacten met universitaire centra. De medische faculteit van de Katholieke Universiteit in Nijmegen en de Rijks Universiteit te Groningen bieden de mogelijkheid om een co-assistentenschap van een maand in een verpleegtehuis te volbrengen. Hiervan wordt door de semi-artsen vrij veelvuldig gebruik gemaakt. Voor psychologen zijn analoge mogelijkheden aanwezig. Dit betekent dat de inbreng van de verpleegtehuizen ook bij de vorming van academici op het terrein van de geriatrie en gerontologie aanzienlijk gestegen is. Wij zijn van mening dat dit een goede ontwikkeling is. Men mag de geriatrie niet verbannen naar de slechts kleine afdelingen die het gemiddelde ziekenhuis zou kunnen opleveren. Ook de Engelse Geriatric Unit bevestigt dit (MUNNICH en LEERING 1967).

Een discussie over de geriatrische afdeling in het algemene ziekenhuis willen wij hier niet op gang brengen. Wij menen dat het verpleegtehuis binnen de zorg voor de gezondheid van oudere mensen een eigen en zeer belangrijke taak te vervullen heeft. Deze taak is onuitvoerbaar zonder nauwe samenwerking met ziekenhuis-directies en met de specialisten-staf. Het betoog van Collega VAN PROOSDIJ en de inzichten van Collega LELIE kunnen wij verder dan geheel ondersteunen.

Literatuur: LELIE, L. H. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1609. — MUNNICH en LEERING (1967) *Brits bejaardenwerk. Monografie Ons Ziekenhuis* **29**, Nr. 11. — PROOSDIJ, C. VAN (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1984. — *Het verpleegtehuis in ontwikkeling* (1967) Enquête, ingesteld naar verpleegtehuizen en hun patiënten, door de Katholieke Vereniging van Verpleegtehuizen en de Federatie van Verpleeginrichtingen.

Namens de secties artsen van de Federatie voor Verpleeginrichtingen en de Katholieke Vereniging voor Verpleegtehuizen,

Arnhem, 24 november 1967

J. H. W. DEN DRIJVER
F. J. G. OOSTVOGEL
C. LEERING

HET BEGRIP „PERIOD PREVALENCE” IN DE EPIDEMIOLOGIE

DE WAARD en VALKENBURG (1967) geven in de rubriek „Ingezonden” hun visie op inhoud en definitie van enkele in de ziekte- en verzuimstatistiek gebruikelijke grootheden, en op de term „period prevalence” in het bijzonder. Aanleiding tot de ingezonden opmerkingen was het caput selectum van HIJMANS (1967) over „Viscerale lupus erythematoses”.