

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 (MUNNICHS 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. — MUNNICHS 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”.