

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 werkers, 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”.

Uit de reactie van HIJMANS en het daarop volgende commentaar van VALKENBURG kan de ter zake niet deskundige lezer gemakkelijk de indruk krijgen dat er met betrekking tot de definities van de in gebruik zijnde epidemiologische grondbegrippen nationaal en internationaal nog lang geen overeenstemming bestaat. Dit is beslist onjuist. VALKENBURG is kennelijk niet op de hoogte als hij schrijft dat „ook in de Engels-sprekende landen” over de aan de orde zijnde epidemiologische grondbegrippen „nog steeds verwarring heerst”.

In dit verband zou ik hem en HIJMANS willen wijzen op het in januari 1960 in *Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid* gepubliceerde *Normalisatierapport* van de Gezondheidsraad. Dit rapport werd op instigatie van de reeds in 1948 door de Wereldgezondheidsorganisatie ingestelde Expert Committee on Health Statistics samengesteld door de Subcommissie tot normalisatie van termen, eenheden en verhoudingsmaten uit de ziekteverzuim- en uitkeringsstatistiek, een subcommissie uit de Nationale commissie voor gezondheidsstatistiek van de Gezondheidsraad.

Het Nederlandse Normalisatierapport sluit nauw aan op een eerder in Engeland verschenen rapport, getiteld *Measurement of Morbidity*. Dit uit 1954 stammende rapport, dat als nr. 8 in de bekende serie „Studies on medical and population subjects” (General Register Office te Londen) verscheen, heeft sindsdien in de gehele epidemiologische en medisch-statistische wereld bekendheid gekregen. De daarin gegeven definities hebben grondig een einde gemaakt aan de voordien bestaande verwarring met betrekking tot de grondbegrippen en elementaire verhoudingsmaten uit de morbiditeitsstatistiek. En dit geldt niet alleen voor de Engels-sprekende landen.

Hoewel het Nederlandse Normalisatierapport zich tot de ziekteverzuim- en uitkeringsstatistiek beperkt en in principe dus een kleiner toepassingsareaal heeft dan het op de ziektestatistiek-in-het-algemeen betrekking hebbende Engelse rapport *Measurement of Morbidity* zijn de grondbegrippen en verhoudingsmaten van het Normalisatierapport zonder meer overdraagbaar op andere sectoren van morbiditeit, bv. op de ziekenhuisstatistiek of op morbiditeitsgegevens uit de huisartsenpraktijk. Slechts wat betreft de nomenclatuur van de gehanteerde begrippen is uiteraard een zekere aanpassing nodig. Naar inhoud blijven de verschillende in het rapport genoemde tijdstip- en tijdvakgrootheden onveranderd.

Het is te betreuren dat VALKENBURG, na de duidelijke en zakelijke uiteenzetting van DE WAARD, opnieuw „verwarring sticht” met zijn onnodig gecompliceerd en verre van doorzichtig betoog over „dwarsdoorsnede- en lengtedoorsnede-onderzoek op de frequentie” en, in nog sterkere mate, door zijn cryptische stelling dat „het aantal verzuimgevallen per week, per maand of per jaar geen period prevalence, maar louter prevalence” zou zijn. Ook zijn aanbeveling „dat iedere onderzoeker de door hem gebezigde begrippen in een voetnoot of anderszins omschrijft” doorkruist de moeizaam op dit gebied bereikte normalisatie. Ze betekent in feite een stap terug naar de vóór 1960 in ons land bestaande chaos. Juist ware geweest indien hij had geadviseerd dat iedere onderzoeker zich moet houden aan de nationaal vastgestelde en ook internationaal thans overal in de wereld ingeburgerde standaardterminologie en definities om vervolgens „in een voetnoot of anderszins” te verwijzen naar de desbetreffende normalisatierapporten.

Wat DE WAARD'S reactie betreft slechts twee opmerkingen. De eerste is dat „period prevalence” iets scherper in zijn betoog omschreven had kunnen worden door vermelding van het feit dat het hier in tegenstelling tot de in een omschreven periode *begonnen* verzuimgevallen („incidence”)

„in een omschreven periode *voorgekomen* verzuimgevallen” betreft. De tweede dat ik gaarne in zijn overigens zo heldere uiteenzetting een verwijzing had aangetroffen naar het hem stellig bekende *Normalisatierapport* van de Gezondheidsraad.

Literatuur: HIJMANS, W. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 1660. — VALKENBURG, H. A. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 2090. — WAARD, F. DE (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 3190.

's-Gravenhage, 22 november 1967 M. J. W. DE GROOT

Ik ben collega DE GROOT bijzonder erkentelijk voor het feit, dat hij mij attent heeft gemaakt op een tekort in mijn kennis van de Nederlandse literatuur. Het moet hem dan ook als ex-voorzitter van de destijds ingestelde Subcommissie tot normalisatie van termen, eenheden en verhoudingsmaten uit de ziekteverzuim- en uitkeringsstatistiek wel ter harte gaan, dat op de Basis Cursus Sociale Geneeskunde 1967-1968 uitgaande van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden, begrippen als „period prevalence rate” en „point prevalence rate” gebezigd en toegelicht worden in plaats van de door de Subcommissie voorgestelde begrippen tijdvakgrootheden en tijdstipgrootheden. Dat ook elders in Nederland deze voorgestelde synoniemen tot discussie aanleiding geven, blijkt uit een schrijven van collega HOGERZEIL van de Medische Dienst van Philips in Eindhoven, naar aanleiding van de ingezonden stukken van collega DE WAARD en mijzelf, waarin hij zich afvraagt of „incidence rate” niet vertaald zou kunnen worden door: het opkomen van gevallen, en „prevalence rate” door: het voorkomen van gevallen. Collega HOGERZEIL merkt voorts op dat iedereen moeite heeft met de vertaling van deze twee begrippen.

Evenmin als blijktbaar het Nederlandse *Normalisatierapport* algemeen ingang en toepassing heeft gevonden in Nederland, is dit het geval met het door collega DE GROOT geciteerde Engelse rapport *Measurement of Morbidity* in de Engels-sprekende landen. Gedurende de twee jaar dat ik actief participeerde in prospectief epidemiologisch onderzoek in Amerika en Engeland, heb ik niemand het begrip „inception rate” horen bezigen, ondanks het feit, dat dit als vervanging van het begrip „incidence” door de Engelse commissie was voorgesteld. Tijdens de vierde wetenschappelijke bijeenkomst van de International Epidemiological Association gehouden in Princeton, New Jersey, U.S.A., in september 1964 en op het derde Internationale Symposium betreffende „Population Studies of the Rheumatic Diseases” gehouden in New York, N.Y., U.S.A. in juni 1966, was dit evenmin het geval. Daarentegen blijkt uit het verslag van eerstgenoemde conferentie (*Selected Papers* enz. 1965) en uit het binnenkort te verschijnen verslag van laatstgenoemd symposium, dat alle door mij genoemde en „verwarring stichtende” epidemiologische begrippen vrijelijk door elkaar gebruikt werden en dat hieraan nog enkele „nieuwe” begrippen werden toegevoegd. Als illustratie voor mijn „cryptische stelling” moge ik verwijzen naar twee voordrachten afkomstig uit Engeland en Tsjechoslowakije, waarbij laatstgenoemde nota bene gehouden werd door Prof. K. RASKA, directeur van de Division of Communicable Diseases van de WHO in Genève. Dat dit op een bijeenkomst van de wel zeer exclusieve 150 leden tellende International Epidemiological Association kon gebeuren, neemt niet weg, dat ik het volledig met collega DE GROOT eens ben, dat standaardisatie en normalisatie dringend gewenst zijn ten einde een einde te maken aan de ook nog in Nederland bestaande „chaos en verwarring”.

Literatuur: Normalisatierapport van de Gezondheidsraad (1960) *Versl. Volksgezondh.* bl. 345. — *Measurement of morbidity* (1954) *Studies on medical and population subjects*, nr. 8.

— Selected papers from the International Conference on Comparability in Epidemiological Studies Princeton, New Jersey, 1964 (1965) *Milbank mem. Fd Quart.* **43**, nr. 2. — GILLIES, R. R. (1965) *Ibid. International Comparability in Epidemiological Studies. V. Diarrheal Disease.* 21. Longitudinal Family Studies in Scotland, bl. 224. — RASKA, K. en J. RADKOVSKY (1965). *Ibid. Newer, Surveillance Methods in the Control of Communicable Disease. II. Viral Hepatitis.* 38. Basic Principles, with Special Reference to Czechoslovakia, bl. 395.

Leiden, 7 december 1967

H. A. VALKENBURG

DE WERKZAAMHEID VAN ENKELE BRONCHUS-VERWIJDENDE MIDDELEN EN PREDNISON BIJ CARA-PATIËNTEN

In zijn artikel komt KREUKNIET (1967) naar aanleiding van een vergelijkend onderzoek bij een aantal peroraal en parenteraal toegediende geneesmiddelen met bronchodilatatore werking tot de conclusie dat „van de oraal toegediende geneesmiddelen het combinatie-preparaat Vortel Histadyl en thiazinamium het beste bleken te zijn”. Bij parenterale toediening bleek thiazinamium het beste. Als criteria werden gebruikt de verandering in de vitale capaciteit, de één-seconde-waarde, de ongelijkmatige ventilatie met helium en de ventilatie-doorstromingsverhouding met behulp van CO₂-curven uit de uitademingslucht. In verband met de proefopstelling en de dosering van de onderling te vergelijken preparaten willen wij enkele opmerkingen maken en enkele vragen stellen.

1. In onderstaande tabel vergelijken wij de doses die door KREUKNIET werden toegediend in een tijdsverloop van 8 uur (van 8-16 uur) en de gemiddelde doses die in het *Repertorium verpakte geneesmiddelen* worden aanbevolen. Uit de tabel blijkt dat de als best aangeduide preparaten in een beduidend hogere dan de geadviseerde dosis werden verstrekt, afgezien van het feit dat de dosis per 24 uur in een tijdsverloop van 8 uur werd toegediend. Dit geldt ook voor thiazinamium bij de parenterale toediening.

Dosering Kreukniet		Dosering Repertorium verpakte geneesmiddelen
<i>Perorale toediening:</i>		
Thiazinamium	3 dd 600 mg	600 à 1200 mg/24 u. Bij aanvallen: 3 dd 300 à 600 mg
Dibenzheptopine	3 dd 1 mg	1 à 2 dd 1 mg
HCl-efedrine	3 dd 20 mg	3 dd 25 à 50 mg (SIMONART 1950)
Orciprenaline	3 dd 20 mg	4 dd 20 mg
Vortel Histadyl	3 dd 2 caps.	3 dd 1 à 2 caps.
Prednison	3 dd 5 mg	3 dd 5 mg
<i>Parenterale toediening:</i>		
Thiazinamium	50 mg intramusc.	25 mg intramusc. 2 dd
Aminofylline	480 mg intraveneus	240 mg intraveneus
Dibenzheptopine	1 mg intramusc.	2 à 4 mg intramusc. dd

2. Bij de statistische bewerking is van de verschillende waarden van de vitale capaciteit en de één-seconde-waarde evenals de variaties in de helium- en CO₂-curve het gemiddelde vermeld. Dit laatste omvat de waarden van de hele controleperiode van 8 uur. Wij weten o.a. uit het werk van VAN DER STRAETEN (1964) dat er zowel in de vitale capaciteit als in de één-seconde-waarde bij astmatici in de loop van de dag vrij grote variaties bestaan. Wij zouden het daarom belangrijk vinden indien KREUKNIET zijn zeer waardevolle resultaten op een analoge manier zou weergeven. Hieruit

zouden ook eventueel gegevens geput kunnen worden aangaande de cumulatieve werking van sommige preparaten, vooral als deze in hogere doses werden toegediend.

3. Betreffende de patiënten die bij het onderzoek waren betrokken, werden weinig of geen gegevens verstrekt. De gemiddelde leeftijd wordt niet genoemd. De uitgangswaarde van de vitale capaciteit en de één-seconde-waarde worden niet vergeleken met de berekende normale waarden. Er wordt evenmin vermeld of de patiënten reeds een duidelijk verhoogd residu hadden, hetgeen des te belangrijker is, aangezien hier sprake is van patiënten met een „vrij stationair chronische astmatische bronchitis”. De bijzonder geringe uitwerking van prednison-toediening wijst er echter op, dat er wellicht patiënten bij waren die reeds een gevorderd emfyseem hadden.

4. Het valt tenslotte te betreuren dat bij dit zeer gedegen en uitgebreide onderzoek — waarschijnlijk om praktische redenen — er de voorkeur aan werd gegeven het onderzoek te beperken tot de duur van een „werkdag” (8 uur) in plaats van tot een normale ziektedag (24 uur). Des te meer aangezien het feit dat in de nachtelijke en vroege ochtenduren de waarden van de vitale capaciteit en de één-seconde-waarde lager zijn; uiteraard hebben de patiënten gedurende deze tijd het meeste behoefte aan pharmaca met bronchodilatatore werking.

Literatuur: HEYMANS, C. en A. SIMONART (1950) *Beginselen der farmacologie*. Brepols, Turnhout. — KREUKNIET, J. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 2063. — *Repertorium verpakte geneesmiddelen* (1967) De Toorts, Haarlem. — STRAETEN, M. VAN DER (1964) *Asthmatisch bronchiaallijden en bijniercortexactiviteit*. Arscia, Brussel.

Heerlen, 27 november 1967

H. J. BUYTENDIJK
FR. MAESEN

Naar aanleiding van de opmerkingen van de collegae BUYTENDIJK en MAESEN het volgende:

1. Voor het beoordelen van de werkzaamheid van een geneesmiddel moet in feite het verband tussen verschillende doseringen, de concentratie in het bloed en de werkzaamheid worden onderzocht. Het door ons verrichte onderzoek was bedoeld om een grove scheiding te verkrijgen tussen meer en minder werkzame geneesmiddelen. Er werd één dosering gekozen, nl. de in onze kliniek gebruikelijke. Uiteraard kan deze dosering afwijken van elders gebruikte of in diverse boeken vermelde doseringen. Het door U genoemde *Repertorium verpakte geneesmiddelen* was overigens nog niet verschenen toen het onderzoek al voltooid was.

2. Het omvangrijke cijfermateriaal van het onderzoek maakte voor de presentatie van de gegevens een bepaalde selectie noodzakelijk. Niet alles kon worden vermeld. Een dergelijke beperking komt ten goede aan de duidelijkheid, doch heeft als bezwaar dat niet iedereen datgene vindt, wat hij graag had willen weten. Cumulatieve werking bleek voor de gebruikte geneesmiddelen voor de duur van het onderzoek niet aanwezig. De resultaten van de derde dag van toediening der geneesmiddelen waren gelijk aan die van de tweede dag.

3. Gegevens over het soort patiënten die bij het onderzoek betrokken waren, zijn te vinden in „Criteria of allergy in patients with chronic non-specific lung diseases (CNSLD)” van J. KREUKNIET en E. YOUNG, *Med. Thorac.* **21**, 284. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 45 jaar. Sommigen van hen zullen ongetwijfeld een meer of minder gevorderd emfyseem hebben. Juist voor deze patiënten komt een behandeling met bronchusverwijdende middelen in aanmerking, vaak als enige mogelijkheid om hun klachten wat te