

gevallen, waarbij de huisarts niet tot een zekere diagnose kan komen, terwijl dit voor de patiënt toch van belang is, de specialist te hulp moet worden geroepen. Niet alleen de grotere technische mogelijkheden in een kliniek dwingen de huisarts tot een verwijzing, ook zijn geringere kennis van zeldzame ziektebeelden leidt wel eens hiertoe. Er zijn speciaal op het terrein van de dermatologie en de ophthalmologie diagnoses, die hij zelden zal stellen.

In een groot aantal gevallen roept de huisarts „de Tijd” in consult: de tijd, die alle wonden heelt. Hij wacht af. Elke ziekte is een proces, verlopend in de tijd: stadium incrementi — fastigium — stadium decrementi. Dit geldt ook voor de „minor ailments”. Speciaal bij deze „kleine kwalen” roept de patiënt dikwijls als het fastigium al voorbij is. Hoofdzaak is, te beoordelen of men de tijd kan laten werken en hoe lang. In feite komt dit weer neer op hetzelfde probleem als reeds is genoemd: moet men deze patiënt nog eens zien en zo ja, wanneer?

Men kan de tijd laten helpen de diagnose te stellen. Soms zijn enkele uren nodig. Staat bijvoorbeeld de diagnose appendicitis om acht uur niet vast, om twaalf uur kan het gemakkelijker zijn. Soms zijn enkele dagen nodig zoals bij infectieziekten vaak het geval is.

Men kan de tijd ook als therapeutische factor inschakelen. Patiënten met onschuldige pijnen en pijntjes (fibrositis, epicondylitis, periostalgie, myalgie of hoe men dit alles noemen mag) bestelle men niet te snel terug. De tijd moet de tijd hebben en vier à vijf dagen doen soms veel. Ziet men deze patiënten elke dag dan is de indruk van verbeteren bij patiënt en arts niet evident; beiden worden ongeduldig, de polypragmasie dreigt met het gevaar van fixaties, over en weer ontstaan protesthoudingen, uitlopend op „hoger op willen”, foto's maken enzovoort.

Zeer veel klachten verdwijnen spontaan na enkele

weken. Met eenvoudige medicamenten, tact, en naast zich de consultant „tijd” maakt de huisarts de patiënt weer gezond. *

Sommige verwijzingen naar een specialist vinden alleen plaats omdat de ziekte te lang duurt. De specialist heeft dan het voordeel weer opnieuw te kunnen beginnen.

Tenslotte een enkele opmerking over het contact tussen huisarts en patiënt. De formulering van Rümke: „maximale nadering met behoud van distantie” is, behalve voor de psychiater, zeker ook voor de huisarts van toepassing. Tot deze maximale nadering kan de huisarts gemakkelijker komen dan de specialist, want tussen huisarts en patiënten staan geen of zeer weinig toestellen en cijferreeksen, die het gevaar meebrengen de zieke geheel als object te beoordelen. De huisartsen mogen dan zeer verschillend werk doen, essentieel voor allen is de ontmoeting arts-patiënt. Dit contact, zo oud als de geneeskunde zelf, verandert, ondanks alle technische vindingen, niets.

* Het is gebleken, dat meer dan 70 procent van de toegekende ziektegevallen ressorterend onder de „ziektewet” een uitkeringsduur hebben van minder dan veertien dagen.

Balint, M. (1957) The doctor, his patient and the illness. Pitman medical publishing Co. Ltd. Londen.

Buma, J. T. en L. Bak (1952) Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 30, 327.

Meijler, L. (1949) Ned. T. Geneesk. 93, 238.

Roden, A. T. (1957) Practitioner 197, 659 (ref. (1958) huisarts en wetenschap 2, 37.)

Rümke, H. C. (1948) Studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema. Amsterdam.

Sillevis Smitt, W. G. (1949) Ned. T. Geneesk. 93, 3057.

Snoo, K. de (1946) Leerboek der Verloskunde. J. B. Wolters. Groningen.

Steinmetz, S. R. (1958) Inleiding tot de sociologie. Erven F. Bohn. Haarlem.

Taylor, S. (1955) Good general practice. Oxford university press. Londen.

Tour Malett, A. E. de la (1958) Practitioner 180, 277 (ref. (1958) huisarts en wetenschap 1, 242.)

Enkele medische, sociaal medische en psychologische aspecten van de onrust bij bejaarde patiënten

DOOR DR. D. BROUWER, GERIATER*

Door de nog steeds toenemende leeftijdsverwachting in de westerse wereld komt de arts meer en meer in contact met bejaarde patiënten. Iedere huisarts met wat langere ervaring ziet het percentage van deze patiënten in zijn praktijk gestadig toenemen. Behalve voor lichamelijke klachten wordt hij verhoudingsgewijs steeds meer geconsulteerd voor geestelijke stoornissen, minder door de patiënten zelf dan door de huwelijkspartner, verwanten of anderen uit de naaste omgeving van de zieke.

* Uit de afdeling Geestelijke Hygiëne (hoofd J. H. Gravestein) van de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst te Amsterdam (directeur K. Ittmann).

De onrustige bejaarde is tot een ernstig probleem geworden. Hij is thuis moeilijk te handhaven, kan dag en nacht storend zijn voor zijn directe omgeving, terwijl de opnamemogelijkheid zeer klein is. Hij behoort tot de groep van de moeilijk plaatsbaren. Het is mogelijk onder deze categorie in de praktijk een viertal groepen te onderscheiden.

Groep 1 patiënten met een *behandelbare organische afwijking*, die een opname nodig hebben in een interne of andere specialistische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Deze groep is moeilijk te verplegen, niet zelden met weinig kans op volledig

succes te behandelen, storend voor de medeverpleegden bij onvoldoende isolatiemogelijkheid. Ook duurt de verpleegduur soms langer dan nodig is, omdat er na afloop van de behandeling niet of niet dadelijk een adequate opvangmogelijkheid is. Het ziekenhuis is dan ook meestal niet erg gesteld op een dergelijke patiënt. Ook de psychiatrische kliniek of de psychiatrische inrichting is voor dit type patiënt niet het meest geëigend, omdat de geestelijke stoornis grotendeels, of soms welhaast geheel, wordt veroorzaakt door de lichamelijke afwijking, zoals: slechte circulatie (cardiale psychose), slecht ingestelde of nog niet herkende diabetes, uremie, prostaatlijden, ingewandstoornissen, anaemia pernicioosa en dergelijke.

Bij een belangrijk deel van deze patiënten is er periculum in mora. Lang niet zelden blijkt, dat na afloop van de behandeling van het organisch lijden een tevoren reeds bestaande lichte dementie belangrijk is verergerd of dat de onrust voortduurt, zodat terugplaatsing naar huis of naar de familie zeer bezwaarlijk of zelfs ondoenlijk wordt, met de mogelijkheid dat zodoende een ziekenhuisbed langer dan nodig wordt bezet.

Groep 2 patiënten met een *chronische, organische aandoening*, waaraan voldoende — en met geen verder succes — is gedokterd, die toch onder voortdurende medische controle moeten blijven en een goede verpleging nodig hebben.

Groep 3 de *onrustige bejaarden*, die vaak meer verzorging dan verpleging nodig hebben; de groep, die neigt tot vervuiling en verwaarlozing; de gas- en brandgevaarlijken; zij, die zwerfneiging vertonen, de dag en de nacht verwisselen, nachtelijk rumoer veroorzaken, de moeilijke, paranoïde bejaarden, die in voortdurend conflict leven met hun omgeving.

Groep 4 de groep der *bejaarde psychiatrische patiënten*, zoals defect-schizofrenen, lijders aan paranoia, depressieve psychosen en dergelijke.

Voor *groep 1* is opname nodig in een kliniek waar men onrust kan opvangen en waar internist c.q. andere specialist en psychiater nauw samenwerken.

Voor *groep 2* is een wat eenvoudiger inrichting mogelijk met goede verpleging en geregelde medische supervisie.

Voor *groep 3* is nodig het „verpleegtehuis voor geestelijk hulpbehoevende bejaarden”¹

Groep 4 dient te worden opgenomen in de psychiatrische kliniek of de psychiatrische inrichting.

Het treft mij steeds weer, dat in een opvallend groot aantal gevallen, waarin een organische afwijking (mede) verantwoordelijk moet worden geacht voor de onrust van een bejaarde, door de huisarts bij de opnameaanvraag deze afwijking niet blijkt te zijn herkend, althans niet wordt vermeld, hoewel de diagnose gemakkelijk te stellen was. Zo werden bij aanvragen wegens „arteriosclerotische dementie en onrust” (een geliefkoosde diagnose!) gevonden:

allerlei cardiale aandoeningen, zoals hartinfarct, verder pernicioze anaemie, pneumonie, pleuropneumonie, beenbreuk, uremie, prostaat-carcinoom, taboparalyse, chorea van Huntington, thrombosis cerebri, carcinoma ventriculi.

Deze onrust wordt naar onze ervaring het meest bestreden met fenobarbital, luminal, Veronal, brometa, opiaten en dikwijls zonder dat er naar de oorzaak van de onrust is geïnformeerd of gespeurd.

Maandenlang wordt een dergelijke medicatie soms voortgezet, niet zelden met stijgende dosering of toevoeging van meerdere sedativa zonder veel succes of zelfs met averechtse werking; toenemende onrust en verwardheid. In die gevallen kan eenvoudig het weglaten van de medicijnen de onrust doen verminderen of ophouden.

De literatuur over het gebruik van sedativa bij onrust en verwardheid bij bejaarden wemelt van waarschuwingen tegen overdosering en langdurig ongecontroleerd gebruik van deze middelen.

Zo waarschuwt *Thewlis*² tegen wat hij noemt „overtreatment” en werkt met relatief kleine doseringen; fenobarbital 2 à 3 dd 10 mg, bromata 3 dd 120 mg. *Schott*³ ziet bij langdurig gebruik van barbituraten verwardheid en depressie optreden, geeft deze middelen liefst afwisselend met chloralhydraat. *Bedford*⁴ wijst op het ontstaan van verwardheid door cerebrale anoxie ten gevolge van morfine, atropine, hyoscine en barbituraten. Ook *Vine*⁵ signaleert verwardheid door brometa, barbituurderivaten, insuline, chloorpromazine en bloeddrukverlagende middelen. *Rudd*⁶ vermeldt onrust, depressie en verwardheid door barbituraten en vindt brometa geen geschikte sedativa voor bejaarden vanwege hun onzekere werking, cumulatief effect en zo oorzaak van verwardheid. Hij constateerde zulks ook na het gebruik van morfinederivaten, hyoscine en sulfonamiden; in ernstige gevallen van onrust vindt hij baat bij paraldehyde intramusculair 5 à 8 ml; zondig te herhalen na 4 tot 6 uur. Met klem, en naar mijn mening volkomen terecht, wijst hij er op, dat de behandeling van onrust en verwardheid, afhankelijk moet zijn van de kennis van de oorzaak.⁷

Het gebruik van tranquillizers als chloorpromazine (*Largactil*) en dergelijke wordt de laatste tijd veel aangeraden bij ouderdomsonrust. Vooral bij angst- en opwindingsstoelstanden zagen wij van *Largactil* veelal goede resultaten bij een dosering van 3 maal daag 25 à 50 mg; een zeker schijnende opname kon meermalen worden voorkomen. Door de mogelijke complicaties zoals icterus, leucopenie, koorts en Parkinsonisme is nauwlettende observatie van de patiënt vereist.

Welke zijn de voornaamste oorzaken van onrust en verwardheid? Daar zijn in de eerste plaats organische afwijkingen, waarvan in het voorafgaande een aantal is genoemd. Natuurlijk moeten hierbij ook worden genoemd afwijkingen in het cerebrum zelf. Ook pijn, dorst, honger, vesicale of rectale overvulling, koorts, te warme of te koude ligging, intoxicatie door medicijnen andere dan sedativa (bijvoorbeeld digitalis) worden door *Rudd*⁷ vermeld. Op

visuele hallucinaties door digitalis preparaten wijst Gerber⁸. Door Goodman⁹ werden cerebrale verschijnselen als humeurigheid, emotionele onevenwichtigheid, prikkelbaarheid, vewardheid en onrust ook gezien door slechte voeding. En dat aan de voeding van een aanzienlijk deel der bejaarden heel wat ontbreekt is een bekend feit, waarop wordt gewezen door Den Hartog¹⁰, Geffen en Warren¹¹, Cooper¹² en anderen.

Steeds meer wordt in de laatste tijd ook de nadruk gelegd op emotionele factoren, conflicten „stress” situaties, als oorzaken van acute verwardheidstoestanden bij bejaarden. Lang niet altijd wordt aan deze oorzaken voldoende aandacht besteed.

Donnelly¹³ vermeldt geestelijke stoornissen door emotionele factoren als pensionering, dood van de huwelijkspartner, van vrienden en collega's. Ginzberg¹⁴ vraagt de aandacht voor de psychische moeilijkheden der bejaarden, hun teleurstellingen, tobberijen en angsten als aanleiding tot geestelijke afwijkingen, die reversibel blijken, als de oorzaak wordt herkend en kan worden weggenomen.

In dezelfde zin wijzen de ervaringen van Kassel¹⁵, die vond, dat een verwardheidsperiode na het 55ste jaar lang niet altijd duidt op arteriosclerose cerebri of senilitas mentis, doch vaak vooraf wordt gegaan door een emotionele episode.

Van der Drift¹⁶ geeft de raad bij onrust naast lichamelijke oorzaken te denken aan verveling, gedwongen ledigheid en eenzaamheid, waarbij hij ook wijst op de vereenzaming door slechte functie van gehoor en gezicht, waarin een gehoorapparaat of bril verbetering kan brengen.

Himler en Morrisey¹⁷ vinden familieconflicten, dreigende invaliditeit, affectief verlies door dood of vertrek als psychologische factoren bij het tot uiting komen van geestesstoornissen. Interessant is ook een publikatie van Merrill¹⁸, die zegt: „All succesful living is a matter of adequate adaptation to the world about us, and the elderly may find themselves faced with the necessity of adaptations beyond their adaptive capacity” en hij vond dat 88% van niet-psychotische, doch emotioneel gestoorde bejaarden (60 jaar en ouder) gedeprimeerd waren als gevolg van ongunstige milieu-omstandigheden, waarbij hun aanpassingsvermogen te kort schoot. Belangrijk is ook een opmerking van Clow¹⁹ dat, wanneer zich bij een bejaarde een psychose ontwikkelt, dit niet hoeft te worden gezien als een progressie van seniele veranderingen of arteriosclerose cerebri, doch dat de een of andere vorm van „stress” daaraan ten grondslag kan liggen. Hij vond in 76% van dergelijke gevallen emotionele factoren, zoals affectief verlies, op de voorgrond staan; ook verplaatsing gaf aanleiding tot verwardheid.

Van chirurgische zijde is gewezen op psychische verschijnselen bij bejaarde operatiepatiënten door ongunstige milieuomstandigheden. Titchener c.s.²⁰ vond bij 22% der operatiepatiënten (meest bejaarden) psychotische verschijnselen. Acut delirium was frequent het eerste teken van progressieve gees-

telijke aftakeling, voornamelijk bij bejaarden, die weinig steun ondervonden van familie of vrienden. Als ongunstige factoren werkten ook immobilisatie tijdens de behandeling van heupfracturen en amputatie van een extremititeit.

Op de somatische en psychische bezwaren van een enigszins langdurige bedrust van bejaarden wees ook Schreuder²¹. Weis²² vestigde de aandacht op de verwardheidstoestanden in aansluiting aan verplaatsing van een bejaarde naar een ziekenhuis en hield een pleidooi om niet te verplaatsen, wanneer de patiënt maar enigszins thuis behandeld kan worden, met de overweging dat de bejaarde vaak angst heeft voor het ziekenhuis en dat hij thuis veelal beter slaapt, rustiger ligt in zijn eigen vertrouwde omgeving, zijn eetgewoonten niet behoeft te veranderen en cetera. Uit eigen ervaring mogen hier een viertal gevallen, waarin psychische factoren een overheersende rol speelden bij verwardheidstoestanden, kort worden weergegeven.

Patiënte A, een gehuwde vrouw van 67 jaar, werd toenemend onrustig tijdens haar opname in een ziekenhuis wegens decompensatio cordis. Hoewel zij spoedig weer gecompenseerd was, werd zij steeds verwarder, lag luid voor zich heen te praten, trachtte uit bed te komen, ontkleedde zich, scheurde, was storend voor haar mede-patiënten, ook door nachtelijke onrust, ondanks Largactil, paraldehyd en Luminal. Bij navraag vertelde de echtgenoot, dat hij en zijn vrouw de laatste maanden erg tobden over hun sedert kort naar het buitenland getrouwde dochter. Al hun gesprekken hadden zich gecentreerd rondom dit emotioneel gebeuren. Tijdens de bezoeken hadden zij op de zaal hierover nauwelijks een woord durven wisselen! Zo snel mogelijk is patiënte gemobiliseerd en naar huis gegaan; zonder sedativa kwam zij daar snel tot rust.

Patiënte B. werd thuis — in een hofje — op een vrijdagavond plotseling verward en onrustig. De huisarts vroeg opname wegens „arterio sclerotische demencie en onrust”. Patiënte, een weduwe van 75 jaar, bleek hallucinaties te hebben, meende vervolgd te worden. Met 3 dd 25 mg Largactil bleek zij reeds na één dag veel rustiger en bracht toen desgevraagd min of meer spontaan de directe oorzaak van haar psychische stoornis. Zij had de laatste tijd meermalen bezoek gehad van een van haar beide dochters, die steeds onder een of ander voorwendsel geld kwam aftroggelen. Zij durfde uit schaamte hierover met niemand spreken, kreeg schuldgevoelens tegenover beide andere kinderen, hetgeen die avond culmineerde in de genoemde verwardheidstoestand. Na deze verlossende „bekentenis” is patiënte weer volkomen normaal.

Patiënte C werd verpleegd in een rusthuis; is daar langzamerhand meer en meer paranoid geworden, is „kleverig”; kan hier niet gehandhaafd worden. Zij krijgt een barbituurpreparaat en om te slapen paraldehyd. Ze verzet zich en is onrustig. Volgens de beheerder van het rusthuis is patiënte vanwege haar onrust naar de zolderverdieping gebracht. Daar vinden wij haar in bed, in slechte voedingstoestand.

In hetzelfde vertrek zijn nog twee volslagen demente, lichamelijke en geestelijke hulpbehoevende vrouwen, met wie geen verstandig woord valt te wisselen. Patiënte strekt angstig en wanhopig met schokkende bewegingen de armen naar ons uit met de woorden „haal me hier vandaan, haal me hier toch vandaan”. Het lukt al spoedig om tot een ordelijk gesprek te komen; zij weet haar naam en leeftijd, de naam en het adres van dochter en vraagt ons smekend om haar daarheen te brengen. Zij blijkt ook verder goed georiënteerd en kalmeert tijdens het gesprek, het schokken houdt op. Met de verzekering, dat zij een poosje zal worden opgenomen voor een onderzoek in een kliniekje voor bejaarden en dan naar huis terug mag, laat zij ons gaan, in een roerend vertrouwen op deze belofte. Uit de hetero-anamnese van de dochter blijkt het volgende: Patiënte woonde alleen en handhaafde zich met

behulp van de dochter, die af en toe een handje hielp bij het zwaardere huiswerk. Patiënte bezoekt geregeld een bejaardenclub, twee middagen in de week en vond daar de gezelligheid en afleiding, die zij als alleenwonende weduwe op haar 3e bovenhuis miste. Het klimmen van de drie trappen maakte haar evenwel kortademig en zij was de laatste tijd wat angstig om alleen te zijn.

De huisarts verwees haar wegens een fikse hypertensie naar de hartspecialist, die haar onnodig trapklimmen verbood. Het bezoek aan de bejaardenclub werd afgeraden. Daarop werd patiënte nog angstiger, verloor haar vroegere opgewektheid, werd apathisch. De dochter bracht haar in gehaaste bezoeken de warme maaltijden thuis. Haar isolatie was bijna compleet. Bij de Serpasil voor de hypertensie kreeg zij nu nog sedativa voor de onrust, verloor alle interesse in haar huishoudelijke werkjes, werd inactief, verloor haar eetlust en zo viel het „besluit” dan maar naar een rusthuis.”

Een aantal goed bedoelde maatregelen van huisarts, hartspecialist en dochter leidden dus bijna tot catastrofale gevolgen, waarvan zij door een verblijf van vijf weken in de bejaardenkliniek snel herstelde. In goede lichamelijke en geestelijke conditie ging zij naar haar woning terug, waar zij nu al weer ruim anderhalf jaar goed is gebleven.

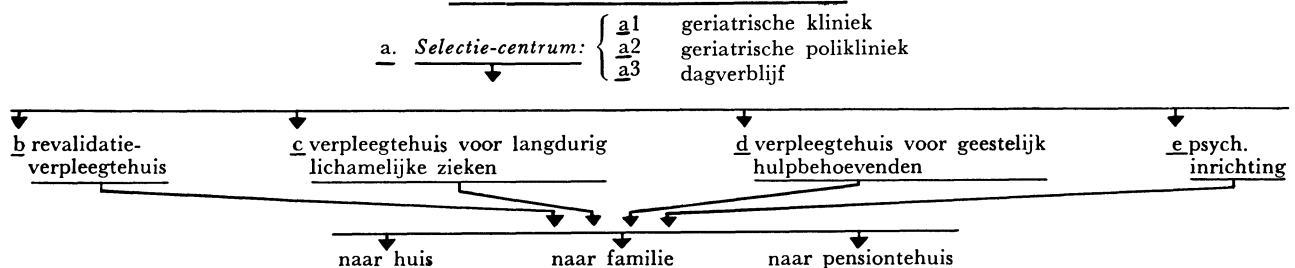
Geval D betreft een 69-jarige gehuwde man, van huis uit een „jantje-precies” en als zodanig een uitstekend vakman met plezier in zijn werk en waardering van zijn baas. Enige jaren geleden kreeg zijn vrouw een apoplexie en bleef lichamenlijk en geestelijk minder-valide, ondanks alle voor hem bereikbare hulp, waarvoor hij al zijn spaargeld opofferde. Hoewel zijn werk hem alles was, ging hij over op halve werktijden om zijn vrouw thuis te kunnen helpen en verzorgen. Toen dit onvoldoende bleek, zei hij zijn baas op, ondanks diens aandrang om te blijven. Men leeft sindsdien van de Ouderdoms-uitkering. De man kan deze toestand langzamerhand niet meer verkroppen. Verminderde inkomsten en de dagelijkse deprimerende zorg voor de echtgenote drukken hem zwaar. De omgang met zijn werkgenoten is opgehouden. Hij, de gewaardeerde fijnwerker, is gedegradeerd tot huissloof, kan nauwelijks even de deur uit voor een boodschap. Allerlei klachten ontwikkelen zich nu, vooral slapeloosheid en moedeloosheid. Hij wordt prikkelbaar, vergeetachtig, humeurig en (ondanks zichzelf) dreigend en verbaal agressief tegen de echtgenote. Dan komt plotseling het bericht, dat zijn gehuwde dochter, die hem af en toe komt helpen, naar een rustoord moet. Zijn laatste steun ontvalt hem! Bij het verzoek om opname vinden we de man in bed, volkomen ontredderd, nauwelijks tot een gesprek te krijgen, hij antwoordt monosyllabisch, wil dood. Wegens allerlei begrijpelijke redenen wil hij geen opname. Hij is er inderdaad met behulp van een slaapmiddel en wat psychische steun zonder opname doorheen gekomen.

„normale” bejaarden. *Wartena*²³ schat naar aanleiding van allerlei gegevens uit binnen- en buitenland het benodigde aantal bedden voor geestelijk gestoorde bejaarden op 1 per 1.000 inwoners, een getal dat mijns inziens als richtsnoer is te gebruiken wanneer het er om gaat plannen uit te werken voor behandeling, verpleging en verzorging van deze patiënten. Voor insiders is het bekend genoeg, dat het langdurig tobben met gestoorde bejaarden in een gezin maar al te vaak een funeste invloed heeft op de andere gezinsleden, waarbij de geestelijke hygiëne ernstig wordt bedreigd. Ook hiervan zou ik treffende voorbeelden kunnen noemen. Niet alleen dus voor de patiënten zelf maar ook voor hun omgeving dienen wij te komen tot een verantwoorde zorg voor gestoorde bejaarden. Mijns inziens zou dit voor een grote stad het beste te zijn verwezenlijken door de instelling van een volledige geriatrie dienst (zie schema).

Het centrale punt zou moeten zijn een selectiecentrum (a) met een geriatrie kliniek (a1) voor opname van zieke bejaarden, ook van onrustige en geestelijk hulpbehoevende bejaarde patiënten, deze laatste groepen in een afzonderlijke vleugel. In deze kliniek wordt de diagnose gesteld, de behandeling ingesteld, zo nodig een revalidatieschema opgesteld en met de revalidatie behandeling begonnen. Zodra zulks mogelijk is, gaat de patiënt over naar een revalidatie-verpleegtehuis (b) en het resultaat van de voortgezette behandeling wordt daar verder afgewacht om te beoordelen of de patiënt terug kan naar zijn woning dan wel of hij elders dient te worden opgevangen: bij familie, in een pension-tehuis, een „tehuis voor langdurig lichamenlijk zieken” (c) of een „tehuis voor geestelijk hulpbehoevende bejaarden” (d).

Een geriatrie polikliniek (a2), verbonden aan de geriatrie kliniek, met dezelfde staf en faciliteiten, zou niet alleen voor periodiek na-onderzoek en controle op voortzetting van de revalidatiebehandeling

SCHEMA GERIATRISCHE DIENST



Deze vier voorbeelden zouden gemakkelijk met tientallen andere zijn uit te breiden.

Er zijn verscheidene redenen om ons af te vragen hoe groot het aantal bejaarden met psychische stoornissen is. Het is echter niet mogelijk daarover met zekerheid iets te zeggen. Ten dele hangt dit samen met de vraag wanneer men een bejaarde werkelijk psychisch gestoord wil noemen en verder zijn er velerlei voorbijgaande stoornissen bij overigens

kunnen dienen, doch ook een gelegenheid kunnen zijn waarheen bejaarden verwezen worden voor diagnose, poliklinische behandeling, revalidatie, en van waaruit zo nodig opname in de kliniek kan volgen. De geriatrie kliniek en polikliniek vormen zo het selectiecentrum van de geriatrie dienst.

Het zou tevens aanbeveling verdienen daaraan nog een dagverblijf — het Engelse „Dayhospital” (a3)

— te verbinden, waar (ontslagen) patiënten overdag kunnen zijn voor een drieledig doel:

- 1 oefentherapie voor het behoud van de revalidatiewinst;
- 2 bezigheids- en arbeidstherapie;
- 3 ter ontlasting van de familie, die niet de hele dag (voldoende) toezicht op de patiënt kan houden.

Zowel in het selectiecentrum als in de tehuizen dient de ziekenhuissfeer te wijken voor een huiselijke, zodat de bejaarde zich meer „thuis” kan gevoelen; een belangrijke psychische factor!

Van belang is verder een hecht functioneel verband tussen de onderdelen van deze dienst, teneinde de patiënt niet uit het oog te verliezen, waardoor continuïteit in de behandeling en de revalidatie wordt gewaarborgd. Als de toestand van de patiënt het nodig maakt, moet te alle tijde terugplaatsing uit een der verpleegtehuizen naar de kliniek mogelijk zijn; ook verplaatsing van het ene tehuis naar het andere, of van huis naar kliniek of tehuis moet zo nodig onverwijld kunnen gebeuren.

Bij aanvragen voor opname moet, zo nodig, controle ten huize van de patiënt kunnen plaats vinden. In sommige gevallen zal dan reeds direct opname in een psychiatrische inrichting (e) moeten volgen. Het functionele verband dient zich daarom ook uit te strekken tot deze inrichting, onder meer met het oog op een ontslag, waarbij de geriatrie dienst weer wordt ingeschakeld voor de meest geschikte opvangmogelijkheid.

Buiten de grote centra zou men regionale geriatrie diensten kunnen oprichten, die mogelijk wat anders ingericht, maar volgens dezelfde richtlijnen

zouden kunnen worden ingesteld. Overleg op landelijk niveau zou daarbij aanbevelenswaard zijn om allerlei begrijpelijke redenen.

De hier uitgestippelde dynamische vorm van geriatrische zorg heeft vele voordelen. Met het „opberg-systeem” in „rusthuizen” is volledig gebroken; invaliditeit wordt naar mogelijkheid voorkomen, het uitzichtloze vervalt, dit laatste niet alleen voor de patiënten doch ook voor de verplegenden, wier taak niet alleen interessanter doch ook veel meer volvoeringgevend wordt. Veel onnodig menselijk leed wordt voorkomen of althans verzacht.

- 1 (1958) Verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden. Bouwcentrum. Rotterdam.
- 2 Thewlis, M. W. (1954) J. Am. Ger. Soc. 2, 650.
- 3 Schott, J. (1955) J. Am. Ger. Soc. 3, 910.
- 4 Bedford, P. D. (1956) J. Am. Ger. Soc. 4, 1063.
- 5 Vine, S. M. (1956) J. Am. Ger. Soc. 4, 859.
- 6 Rudd, T. N. (1956) Practitioner 176, 218.
- 7 Rudd, T. N. (1957) J. Am. Ger. Soc. 5, 586.
- 8 Gerber, M. (1957) J. Am. Ger. Soc. 5, 668.
- 9 Goodman, J. I. (1957) J. Am. Ger. Soc. 5, 504.
- 10 Hartog den, C. (1951) Voeding 12, 161.
- 11 Geften, D. N. en M. Warren (1954) Med. Off. 91, 285.
- 12 Cooper, W. M. (1954) Pennsylvania med. J. 57, 1002.
- 13 Donnelly, J. (1954) J. Am. Ger. Soc. 2, 655.
- 14 Ginzberg, R. (1955) J. Am. Ger. Soc. 3, 435.
- 15 Kassel, V. (1957) J. Am. Ger. Soc. 5, 319.
- 16 Drift van der, H. (1954) M. Geestel. Volksgez. 9, 361.
- 17 Himler, L. E. en V. Morrisey (1955) J. Am. Ger. Soc. 3, 811.
- 18 Merrill, G. G. (1955) J. Am. Ger. Soc. 3, 860.
- 19 Clow (1956) J. Am. Ger. Soc. 4, 943.
- 20 Titchener, J. L. e.a. (1956) Surg. Gyn. Obst. 102, 59.
- 21 Schreuder, J. Th. R. (1954) Rapport uitgebracht aan de afdeling Frieslands Zuidwesthoek van de Kon. Ned. Mij tot bevordering der Geneeskunst en de Stichting Friesland voor Maatschappelijk Werk, over chronische ziekten bij bejaarden.
- 22 Weiss, H. G. (1957) J. Am. Ger. Soc. 5, 500.
- 23 Wartena, B. (1956) Onze Bejaarden 2, 145.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (11)

Spontane pneumothorax

DOOR PROF. DR. J. A. M. J. ENNEKING

Een pneumothorax ontstaat door een open verbinding van de pleuraholte met de buitenlucht. Er wordt lucht aangezogen door de negatieve druk, die tussen de pleurablenden heerst en de long trekt zich door de elasticiteit van het longweefsel terug naar de hilus. De verbinding kan tot stand komen langs de pleura parietalis bij verwonding van de borstwand (steek- of schotwond) en van binnen uit langs de pleura pulmonalis bij perforatie van een oppervlakkig gelegen longafwijking. Deze laatste kan zijn een tuberculeuze longhaard of caverne, longabces, longinfarct, longcyste, longemfyseem of silicose. In deze gevallen is de pneumothorax secundair aan een bestaande longziekte.

Men spreekt van een spontane of idiopathische pneumothorax, wanneer deze zonder bekende oor-

zaak ontstaat bij overigens gezonde mensen. Meestal zijn het jonge volwassenen en vaker mannen dan vrouwen. Vroeger heeft men het beschouwd als een vrij zeldzaam gebeuren, dat echter in de laatste jaren vrij vaak schijnt voor te komen.

De wijze van ontstaan is typisch en de diagnose is meestal niet moeilijk. De patiënt krijgt (dikwijls na enige lichamelijke inspanning of een bruuske ademhalingsbeweging) plotseling pijn in de zij en wordt kortademig. Er ontstaat een prikkelhoest, enige cyanose en soms een lichte shock. Het kan ook voorkomen, dat de pneumothorax langzaam ontstaat en de patiënt klaagt over geleidelijk toenemende kortademigheid.

De acute verschijnselen nemen meestal na enige uren in hevigheid af en behalve enige benauwdheid