

ker aan zijn taak. Optimaal aangepast zijn aan zijn werk vormt voor iedere mens een belangrijke voorwaarde voor een enthousiaste taakvervulling en hierdoor voor positieve bijdragen tot het bereiken van de bedrijfsdoeleinden.

Vanuit zijn welhaast ideale observatiepost, met goede arbeidscondities, beschikt de bedrijfsarts over veel en goed materiaal om daarop zijn beleid te kunnen baseren. Hij heeft, als neutraal „buitenstaander”, telkens weer opnieuw voor de bedrijfsleiding de grens te trekken tussen al of niet menswaardige arbeid op een bepaalde plaats en voor een bepaalde werker in het bedrijf. Voor het personeelsbeleid is hij, misschien beter dan wie ook, in staat aanbevelingen te doen in curatieve en preventieve zin ten aanzien van het arbeidsklimaat, de arbeidsomstandigheden en over de plaats van bepaalde medewerkers.

De kanalen waarlangs tenslotte de ideeën en de energieën van de bedrijfsmedicus naar het bedrijf terugvloeien zijn: individuele, medische behandeling; collectieve preventieve maatregelen, zoals tetanus-immunisatie en influenza-immunisatie; organisatorische maatregelen zoals het organiseren en indoctrineren van de eigen staf, de organisatie van eerste hulpposten, over het gehele bedrijf; adviseren; onderwijzen en voorlichting, waaronder ook is te rekenen het bedrijfs-hygiënisch rapport.

Het bedrijfs-hygiënisch rapport houdt in een soort status quo ten aanzien van zoveel mogelijk aspecten van de „bedrijfs-gezondheid”, bezien vanuit de observatiepost van de bedrijfsgeneeskundige. De bedrijfsarts kan dit pas vervaardigen na ruime ervaring in het bedrijf te hebben gekregen. Ik noem dit punt

omdat ik meen dat *mutatis mutandis* een gezins-hygiënisch rapport van de hand van de huisarts van groot belang kan zijn, vooral in gezinnen waar veel grote sociale en gezondheidsproblemen zijn en waar, zonder overzicht en zonder centraal plan de campagne, elke aanpak ietwat willekeurig is, en naar ervaring van velen blijkt, weinig effect heeft.

Samenvatting. Arbeidsgeneeskundige beschouwing over huisarts-geneeskunde; enkele bedrijfshygiënische principes. Gewezen wordt op het brede, horizontale karakter van het specialisme arbeids- en bedrijfshygiëne. Daar vrijwel elk bedrijf en elke bedrijfstak specifieke problemen hebben, vindt een verticale verdieping van het specialisme facetsgewijs plaats.

De essentie van het werk van de bedrijfsarts is zijn streven schade te voorkomen aan de gezondheid van de werker door de arbeid en de arbeidsomstandigheden. Dit geschiedt door de mens aan de arbeidssituatie zoveel mogelijk aan te passen en omgekeerd de arbeidssituatie zoveel mogelijk af te stellen op hetgeen de mens verdragen kan.

De arbeidssituatie van de bedrijfsarts en de mogelijkheid in teamverband te werken worden besproken.

Summary. Considerations in occupational medicine with respect to general medical practice; some principles of industrial hygiene. The specialty of occupational and industrial hygiene is described as having a broad horizontal character. Since virtually every industry and branch of industry has its own specific problems, the vertical range of the specialty is faceted.

The essence of the duties of a works medical officer lies in his efforts to prevent damage to the worker's health as a result of his occupation and occupational environment. This is done by ensuring optimal adaptation of the individual to the occupational situation, and vice versa by adapting the occupational situation as much as possible to what the individual can tolerate. The occupational situation of the works medical officer is discussed with special reference to the possibility of teamwork.

Behandelingsmogelijkheden bij ernstig psychisch en somatisch zieke bejaarden

DOOR H. A. C. KAMPHUISEN, ZENUWARTS*

De belangstelling voor bejaardenzorg groeit geleidelijk. Hoe gewenst die groei is blijkt uit de vermelding dat in het jaar 1905 het aantal bejaarden, dat wil zeggen personen boven 65 jaar, in Nederland 337.312 bedroeg (Staab), terwijl een halve eeuw later dit aantal gestegen blijkt te zijn tot 901.235 (*Van Zonneveld*), een vermeerdering dus van bijna twee-en-een-half maal. In 1957 bereikte 85,4 procent der bejaarden een leeftijd tussen 65 en 80 jaar, terwijl 14,6 procent zelfs ouder dan 80 jaar werd. Het Centraal Bureau voor de Statistiek deelde in augustus 1963 mede dat ongeveer 75.000 bejaarden in groepsverband in gestichten, instellingen en tehuizen wonen. Een recent uitgebracht enquête-verslag van de Gerontologische Commissie der Ka-

tholieke Vereniging van Bejaardentehuizen vermeldt interessante gegevens betreffende de verzorgingsbehoefte van ruim 19.000 bejaarden, woonachtig in 346 van de 438 geënquêteerde rooms-katholieke bejaardentehuizen in Nederland. Ruim 6 procent uit deze groep bleek bedlegerig, ruim 9 procent volledig hulpbehoevend en ongeveer 23 procent gedeeltelijk hulpbehoevend te zijn. Van genoemde 19.000 bejaarden bleek 5,2 procent ernstig en 13,1 procent licht dement te zijn (Rapport over verzorgingsbehoefte van bejaarden in bejaardentehuizen, januari 1964).

Dat de behoefte aan opnemings van psychisch gestoorde bejaarden groot is ondervinden we dagelijks. De wachtlijsten der instellingen die deze patiënten kunnen verplegen zijn vele malen langer dan gezien de hoge leeftijd der patiënten, verantwoord is. Zo telde de wachtlijst der geriatrie kliniek Sint Ludger te Zevenaar per 31 december 1963

* Hoofd der Geriatrie Kliniek Sint Ludger van het Sint Jozefziekenhuis te Zevenaar, Geneesheerdirecteur M. R. J. M. Rens, internist.

veertien heren, waarvan een sinds maart 1963, en ruim zestig dames, waarvan een sinds januari 1963. De normale opnamecapaciteit der kliniek is 62 patiënten, doch de gemiddelde bezetting schommelt altijd tussen de 70 en 72. Aan de aanvraag tot opnemning voor dames hebben wij tot op heden nooit geheel kunnen voldoen, ondanks het feit dat wij er geleidelijk toe zijn overgegaan negen damesplaatsen tegenover vijf herenplaatsen te creëren.

* * *

Een wachtlijst is eigenlijk geen goede graadmeter voor het aantonen van de mate van plaatstekort. Telkens weer blijkt dat vele patiënten ook op de wachtlijsten van andere instellingen voorkomen. Dikwijls ervaren wij bij oproepen dat een patiënt reeds elders is opgenomen. Het aantal patiënten dat bij een oproep blijkt te zijn overleden is eveneens aanzienlijk. Het feit echter dat men patiënten op verschillende wachtlijsten plaatst en de ervaring dat geboden hulp voor een aantal patiënten te laat komt zeggen voldoende over de nood die op dit gebied heerst.

Het is duidelijk dat een patiënt die lijdt aan een depressie, al of niet met suicidale kenmerken, niet op een wachtlijst behoort voor te komen, doch onmiddellijk dient te worden opgenomen. Ook zelfverwaarlozing, gevaarlijke zwerfneigingen, onverantwoord omspringen met gas en vuur, pathologische opwindingsstoestanden enzovoort, zijn opnemingsindicaties. De meest dwingende indicaties vermogen evenwel het aantal beschikbare plaatsen niet te vergroten. De schrikbarende toestanden die hierdoor ontstaan zijn aan een ieder die met bejaardenzorg in aanraking komt bekend. De vraag waar een patiënt het beste kan worden opgenomen is vaak ondergeschikt aan de behoefte hem of haar, waar dan ook, geplaatst te krijgen om uit een onhoudbare situatie te worden verlost.

Brouwer schreef in 1960 in dit tijdschrift een artikel over medische, sociaal-medische en psychologische aspecten van de onrust bij bejaarde patiënten. Met hem zijn wij van mening dat opnemning van zieke bejaarden in een ziekenhuis vele moeilijkheden met zich brengt. Opnemning in een geriatrie kliniek verdient onzes inziens dan ook sterk de voorkeur. De duur der opnemning kan dan langer zijn, men is meestal veel beter ingesteld op de moeilijke verpleging van deze patiënten en de veel voorkomende (nachtelijke) onrust van de bejaarden werkt daar minder storend dan in het gewone ziekenhuis. Daarbij komt dat men na een eventuele succesvolle behandeling meer tijd en vaak betere connecties heeft om een voor de patiënt zo adequaat mogelijke terugplaatsing in de maatschappij te vinden. Hierdoor wordt voorkomen dat de normale ziekenhuisroulatie gestagneerd raakt en de patiënt het gevoel krijgt dat hij te veel is.

Belangrijk is verder dat de geriatrie behande-

ling een duidelijk klinisch aspect heeft en dat het begrip inrichting verre wordt gehouden. Telkens weer merken wij hoe groot de psychologische waarde hiervan voor de familie van de patiënt is. Ook de behandeling van demente bejaarden dient onzes inziens vanuit een organische basis te geschieden.

De geriatrie kliniek Sint Ludger te Zevenaar is een der eerste in Nederland. In november 1960 werd met de opnemning van psychisch gestoorde bejaarden in de leeftijd van ongeveer 60 jaar of ouder begonnen. Aan de opnemning zijn geen eisen gesteld wat betreft de somatische toestand van de patiënt. Inwoners van de provincie Gelderland genieten voorrang. De afdeling is een verbouwd deel van een sanatorium en vormt zodoende een, zij het gescheiden, geheel met het ziekenhuis, hetgeen wij een bijzonder gelukkige omstandigheid achten. Het grote voordeel van een dergelijke organische samenhang tussen geriatrie afdeling en ziekenhuis is het gezamenlijk gebruik van röntgenkamer, medisch laboratorium, fysisch-therapeutische afdeling en operatiekamer. De aan het ziekenhuis verbonden specialisten kunnen gemakkelijk in consult worden geroepen en op efficiënte wijze de bejaarden behandelen, waarbij vooral van voordeel is dat het naar her en der transporteren van de patiënt achterwege kan blijven. Het is duidelijk dat de geriatrie op deze wijze van alle faciliteiten van het ziekenhuis mede profiteert, doch ook door de aparte ligging van de afdeling dit ziekenhuis nimmer tot last is.

Node missen wij in de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis een bejaardenflat en een tehuis dat wij zouden willen noemen: een rusthuis met „psychiatrisch begrip”, waar licht demente bejaarden kunnen verblijven. De mogelijkheden die men bejaarden kan bieden door middel van de drie-eenheid: bejaardenflat, rusthuis met „psychiatrisch begrip”, geriatrie kliniek, lijken ons onbegrensd.

Ondanks de voordelen die bij een opzet als hierboven geschetst ontstaan, blijft de behandeling van bejaarden, vooral wanneer dit psychisch gestoorde betreft, uitermate moeilijk. Het gemis aan ordelijke verbale contactmogelijkheden met vele van onze patiënten heeft ons gebracht tot een streng systematisch en uitvoerig onderzoek bij binnenkomst der patiënt. De gebrekkige auto-anamnestiche gegevens worden zoveel mogelijk aangevuld met feiten die bekend zijn aan naaste familieleden, met inlichtingen van huisarts, specialist of directie van het bejaardentehuis. Rapporten van maatschappelijke werkers bieden meestal een rijke bron van informatie. Een zo uitvoerig mogelijke familie-anamnestiche gegevens over het arbeidsverleden en de premorbide persoonlijkheidsstructuur van de patiënt achten wij van groot belang. Het is immers onaanvaardbaar dat de ziektegeschiedenis van een 60- tot 80-jarige in het niet valt vergeleken met die van een kind of een jonge volwassene, zoals men maar al te vaak kan waarnemen.

Het spreekt vanzelf dat naast een uitvoerig psychiatrisch onderzoek, een volledig neurologisch en

internistisch onderzoek niet mag ontbreken en dat alle gegevens schriftelijk moeten worden vastgelegd. Voor wat betreft aanvullende onderzoeken hebben wij in de loop der jaren gemeend ten minste geïnformeerd te moeten zijn omtrent: electrocardiogram, thoraxfoto, volledig bloedbeeld, urine, lever- en nierfunctie, bloedsuikerwaarden benevens de serologische bloedreacties. Andere onderzoeken vinden plaats op indicatie.

Na het bekend worden van bovengenoemde gegevens wordt een zo volledig mogelijke, zogenaamd omschrijvende, diagnose gesteld. Daardoor wordt doelbewust vermeden te spreken van dementia senilis, casu quo dementia arteriosclerotica, zonder meer. De diagnose omvat vrijwel altijd een psychiatrisch, neurologisch en internistisch onderdeel. Een voorbeeld moge de therapeutische consequenties hiervan verduidelijken. Bij een patiënt met een (beginnende) dementie op arteriosclerotische bodem, gepaard gaande met depressieve en paranoïde kenmerken, tevens lijdende aan hypertensie en diabetes mellitus, zal onvermijdelijk een polypragmatische behandeling, vaak door verscheidene specialisten in teamverband moeten worden ingesteld. Het is onze ervaring dat het zinvol is dit alles in de diagnose tot uiting te laten komen.

Het spreekt welhaast vanzelf dat wanneer men zich zoveel moeite geeft om tot een diagnose te komen de therapie slechts in uiterste gevallen beperkt blijft tot het alleen maar sederen van de patiënt. Het instellen van algemene, in een ziekenhuis eenvoudig te realiseren, maatregelen, zoals het verstrekken van gedifferentieerde, zoutarme en vitaminerijke maaltijden en het toezien op een regelmatige stoelgang, is uiteraard zeer heilzaam (Groen e.a.). Sinds de strenge winter 1962-1963 immuniseert de internist alle patiënten met influenzavirusvaccin. Voorlopig bestaat de indruk dat hierdoor minder pneumonieën voorkomen dan voorheen.

* * *

Ondanks de gemiddeld hoge leeftijd der patiënten maken wij een intensief gebruik van arbeidstherapie. Van voordeel vinden wij de omstandigheid dat de daarvoor bestemde afdeling elders in het gebouw is gelegen, waardoor de patiënten als het ware hun huis verlaten om zich naar het werk te begeven. Dat op deze wijze de sleur van het langdurig verblijf in een kliniek wordt doorbroken behoeft geen betoog. Alhoewel dat moeilijk bewijsbaar is, menen wij dat door deze regelmatige werkzaamheden de bejaarden in de kliniek minder sedativa en slaapmiddelen behoeven dan in de periode zonder arbeidstherapeutische mogelijkheden. Voor de dames bestaat de mogelijkheid onder toezicht en leiding van een leidster te handwerken. Van veel belang is ook het bezit van een grote, beschermde tuin, een soort doolhof met vele bomen zodat de patiënten zich motorisch kunnen ontplooien.

Naast bovengenoemde therapeutische maatregelen

beschikken wij tegenwoordig over vele medicamenten die bovendien in vele gevallen met elkander zijn te combineren. In het algemeen dosere men in de geriatrie kleine hoeveelheden. Men moet geduld kunnen betrachten en niet steeds hetzelfde middel toedienen of er toe overgaan de dosis zonder meer te verhogen. Als therapeut van een geriatrie afdeling heeft men boven een huisarts het voordeel dat meestal niet een onmiddellijk resultaat van de ingestelde therapie wordt vereist. De beste resultaten verkrijgt men in het algemeen drie tot vijf dagen na de eerste toediening van een medicament. Een huisarts wordt zoveel tijd helaas meestal niet vergund. Men zij er voortdurend op bedacht dat in vele gevallen van toenemende onrust en opwinding de beste therapie kan bestaan uit het staken van alle medicatie (*Dil* e.a.). In het bijzonder geldt dit voor barbituraten die naar onze ervaring te veelvuldig en in te hoge doseringen bij bejaarden worden gebruikt als slaap- en als kalmeringsmiddel.

Prazine (promazine-HCl) voldoet in vele gevallen van onrust, achterdocht, waanachtige en hallucinatoire toestanden. Het heeft vrijwel hetzelfde indicatiegebied als Largactil (chloorpromazine) doch is minder toxisch. Gevallen van icterus, parkinsonisme, allergieën en bewustzijnsstoornissen zagen wij daarbij niet bij doseringen tot driemaal daags 100 mg per os. Deze hoeveelheid komt ongeveer overeen met driemaal daags 50 mg Largactil. Bij toediening per intramusculaire injectie kan men meestal volstaan met de helft van de orale dosis om een gelijk doch sneller resultaat te verkrijgen. Bij sterke opwindingstoestanden bereikt men in vele gevallen een goed resultaat door intramusculaire toediening van 25 mg Largactil en 25 mg Fenegan. Heeft de patiënt pijn, dan kan men aan deze zogenaamde cocktail nog 25 mg Pethidine toevoegen.

Geagiteerde depressies, hevige onrust en perioden van ernstige slapeloosheid reageren vaak gunstig op Nozinan (levomepromazine) in doseringen van driemaal daags 12¹/₂ mg, eventueel des avonds 25 mg. Een nadeel van dit middel bij langdurig gebruik is de nogal eens optredende sufheid. In het begin ontstaat eveneens een verhoogde slaperigheid die evenwel spoedig verdwijnt. Bij sommige patiënten zagen wij na maandenlange toediening van het middel ineens atactische verschijnselen ontstaan waarbij een eigenaardige lichaamshouding met overhellen naar links- of rechtsachter en een moeizame gang opvielen. De spiertonus was daarbij verhoogd en merkwaardig elastisch verend, het bewustzijn verlaagd. Herstel trad altijd op enkele dagen na staken der medicatie. Bijwerkingen van minder ernstige aard zijn de lichte hypotensieve werking en een leukopenie waarbij het aantal leukocyten vrijwel nooit daalt beneden de 4000 per mm³. Regelmatige controle blijft evenwel gewenst.

Bij depressies met sterke geremdheid en bij apathische toestanden is Tofranil een onmisbaar middel

gebleken ter activering van de patiënt. Het behoeft zelden in hogere doseringen dan driemaal daags tien mg per os te worden toegediend; in hogere doseringen verwekt het nogal eens onrust en agitatie, terwijl de patiënt 's nachts slecht slaapt. Gedurende de eerste weken van de toediening is een voortdurende observatie van de patiënt vereist omdat juist bij de overgang van geremdheid naar activiteit suicidegevaar niet denkbeeldig is. Het middel is dan ook nauwelijks geschikt voor poliklinisch gebruik bij depressieve syndromen met ernstige psychomotorische remmingen. Tofranil is goed te combineren met Nozinan. Tofranil-Nozinan vindt men zeer bruikbaar samengevoegd in het preparaat Surmontil.

Tegen angst, opwindings toestanden en radeloosheid kan het gebruik van Librium in doseringen van driemaal daags vijf of tien mg per os, uitkomst bieden. Het veroorzaakt echter bij ouderen ook in deze kleine doses nogal eens sufheid en akinesie, zodat het middel dient te worden gestaakt. Als slaapmiddel bewijst het goede diensten in gevallen waarbij men andere medicamenten liever niet meer geeft.

Een zeer bruikbaar middel zowel om de slaap te bevorderen als om te sederen is het van ouds bekende paraldehyde dat zowel per os als intramusculair kan worden toegediend. Het is in vele gevallen te verkiezen boven welk modern therapeuticum dan ook. Alhoewel van paraldehyde verslavingsverschijnselen met delirium tremens-achtige beelden bekend zijn zagen wij bij zeer royaal gebruik van dit middel bij bejaarden nimmer complicaties (*Kamphuisen* en *Jennekens*). Wij dienen dit middel vooral ook in die gevallen toe waarbij we gezien de slechte somatische toestand van de patiënt geen medicijnen meer durven geven. Een nadeel van het middel, vooral bij oraal gebruik, is de hinderlijke smaak en geur. Ook chloralhydraat gebruiken wij zeer frequent. Het staat onzes inziens in bruikbaarheid op één lijn met paraldehyde.

Een interessant ervaringsfeit willen wij nog vermelden. Wanneer bejaarden met psychische stoornissen, koorts krijgen worden zij snel suf en apathisch, speciaal wanneer er tekenen van dementie aanwezig zijn. Dikwijls blijkt apathie zelfs een eerste symptoom te zijn van een naderend ontstekingsproces, hetzij een pneumonie, hetzij een cystitis, of wat dan ook. Tijdens een dergelijke koortsende ziekte nemen wij opvallend vaak een „psychisch stijgen” van de patiënt waar. Het contact wint daarbij aan inhoud en de patiënt is rustiger, ondanks het feit dat psychofarmaca veel minder of niet meer worden toegediend. Tijdens een visite wordt men dan gefrappeerd door een bijkans „gewone” zieke bejaarde. De gedachte, hier een soortgelijk verschijnsel voor ons te hebben als bij een dementia paralytica patiënt die een malariakuur ondergaat, drong zich aan ons op.

Ondanks voortdurende, vooral ook internistische, therapeutische bemoeiingen, blijft onvermijdelijk het sterftecijfer in een geriatrie kliniek hoog. Wij

verloren in anderhalf jaar tijd (tweede helft 1962 en 1963) 53 patiënten, en wel 27 vrouwen en 26 mannen. De gemiddelde leeftijd der overledenen bedroeg respectievelijk 76½ jaar en ruim 79 jaar. Wij hebben geen verklaring voor het feit dat tegen de verwachting in de mannen gemiddeld bijna drie jaar ouder waren dan de vrouwen.

Wanneer patiënten op een zo hoge leeftijd overlijden als in onze kliniek, is het beter te spreken van aanleiding tot de dood dan van doodsoorzaak. Aan de gevolgen van pneumonie overleden 21 van de 53 patiënten. Het betrof hier elf vrouwen en tien mannen. Het is mogelijk dat de zeer strenge winter van 1962-1963 hieraan debet is, immers in de maanden november, december en januari, februari, maart verloren wij zeventien patiënten aan deze aandoening. Voor een statistische bewerking lijken ons deze getallen te klein, maar zij bevestigen achteraf wel een bepaalde indruk.

De gemiddelde hoge leeftijd bij overlijden van bovengenoemde patiënten maakt aannemelijk dat deze patiënten tot de zeer sterken behoren. Het zijn mensen die de vele gevaren van het wegverkeer hebben weten te ontlopen, die niet ten offer vielen aan cardiovasculaire noch aan cerebrovasculaire accidenten, terwijl zij ook ontsnapten aan levensbedreigende nieuwvormingen. Helaas is het dikwijls gemakkelijker te zeggen waaraan zij niet dan waaraan zij wel overleden, vooral ook omdat wij tot op heden nog niet frequent genoeg in staat waren de klinische bevindingen te vergelijken met de resultaten van pathoog-anatomisch onderzoek. Dodelijke cerebrovasculaire aandoeningen zagen wij slechts bij twee mannen. Het hartinfarct leidde bij vier vrouwen en drie mannen tot de dood, terwijl insufficiëntia cordis bij drie vrouwen en vier mannen werd gediagnostiseerd. In ons materiaal stelden wij bij overlijden slechts eenmaal de diagnose ouderdomscachexie.

* * *

De enige conclusie die wij momenteel zouden willen maken is: infectieziekten eisen bij bejaarden de meeste slachtoffers. De daarbij zo nodige algemene somatische weerstand is kennelijk onvoldoende om samen met antibiotica het gevaar af te wenden. Daarbij komt dat de wil om „erdoor te komen” minstens zo belangrijk moet worden geacht, terwijl, afgezien van deze wil, een goed functionerend centraal zenuwstelsel een conditio sine qua non lijkt te zijn. Toch zijn de resultaten die men in een geriatrie kliniek kan behalen hoopgevender dan in het algemeen wordt verwacht. Ook *Rümke* heeft daarop gewezen.

Over eerdergenoemde periode van anderhalf jaar slaagden wij er in 30 patiënten voldoende hersteld te ontslaan. Het betrof hier twaalf mannen en achtien vrouwen. Twee patiënten verlieten op aandrang der familie tegen advies de kliniek. De diagnose werd gesteld op dementia arterio-sclerotica gravis.

Zeven patiënten, drie vrouwen en vier mannen konden na behandeling wegens arteriosclerotische verwardheidstoestanden in goede toestand worden ontslagen. Bij twaalf patiënten, waaronder vier mannen, was een of andere vorm van depressiviteit het hoofdthema der diagnose. Twee mannen en een vrouwelijke patiënt waren in een maniacale toestand opgenomen. Een dezer patiënten bleek een ernstige diabetes mellitus te hebben. Vier vrouwen en een man leden bij opname aan een paranoïde psychose, en een vrouw, lijdende aan een psychose, bleek bij onderzoek een perniciëuze anemie te hebben. Zij herstelde volledig na behandeling der anemie. De gemiddelde leeftijd der ontslagen mannen was ruim 70 jaar, die der vrouwen ruim 76 jaar.

Omdat wij oud-patiënten bij mislukken der socialisatie altijd heropnemen, zijn wij indirect geïnformeerd over hun wel en wee na het ontslag. Heropname kwam over bovengenoemde periode tweemaal voor. Dit betrof eenmaal een recidief van een depressie, waarbij de antidepressieve medicatie, bestaande uit Tofranil, tegen ons advies in was gestaakt, en eenmaal een recidief van een arteriosclerotische verwardheidstoestand, vermoedelijk ontstaan tengevolge van het overlijden der levenspartner. Beide patiënten herstelden weer binnen enkele weken.

De resultaten, hoe bescheiden deze soms mogen zijn, maken de geriatrie, ook wanneer het in hoofdzaak om ernstige demente patiënten gaat, een minder droevig vak dan velen, aanvankelijk ook wij zelf, dachten. Een gedifferentieerde, veelomvattende klinische aanpak van de problemen die zich voordoen bij geestelijk en somatisch gestoorde bejaarden,

loont in vele opzichten de moeite en is heilzaam voor een belangrijk aantal zieke bejaarden en hun familieleden.

Samenvatting: Gewezen wordt op het grote belang van een klinisch-geriatrie behandeling van geestelijk en somatisch gestoorde bejaarden. De beste all-round behandeling kan worden gegeven indien de geriatrie kliniek een aparte afdeling is van een algemeen ziekenhuis. De wens wordt geuit om in de nabijheid van een geriatrie kliniek zowel een bejaardenflat als een „rusthuis met psychiatrisch begrip” in onderlinge samenwerking te hebben. De resultaten van anderhalf jaar geriatrie werk worden aan de hand van enkele (voorlopige) cijfers besproken. Aan de therapeutische mogelijkheden, voor zover het psychische stoornissen betreft, wordt een ruime plaats ingeruimd.

Summary. Therapeutic possibilities in the care of aged patients with severe mental or somatic diseases. The great importance of clinical geriatric treatment of mentally and somatically disturbed aged individuals is pointed out. The best all-round treatment is ensured when the geriatric clinic constitutes a separate ward in a general hospital. It is considered desirable to have, in the vicinity of the geriatric clinic, both service flats for the aged and a „home for the aged with a psychiatrically understanding staff”, in close cooperation. The results of 18 months of geriatric work are discussed with reference to some (preliminary) figures. Ample place is reserved for therapeutic possibilities concerning mental disturbances.

Brouwer, D. (1960) huisarts en wetenschap 3, 112.

Dil, T. e.a. (1960) Omnia Praescribendi Gratia no 14 en 15.

Groen, J. J. e.a. (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 222.

Kamphuisen, H. A. C. en F. G. I. Jennekens. Levensbedreigende vormen van delirium tremens. Somatische en therapeutische aspecten. In druk.

Rümke, H. C. (1958) Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema n.v., Amsterdam.

Zonneveld, R. J. van (1961) Geriatrie, Aspecten van de gezondheidszorg voor bejaarden. Van Gorcum en Comp, Assen.