

De huisarts als medisch adviseur van een verzorgingstehuis voor bejaarden

DOOR DR. A. FULDAUER, HUISARTS TE HENGELO (O)

In de provinciale verordening op de bejaarden-oorden in Overijssel de dato 13 juli 1964 wordt de eis gesteld dat aan een bejaardenoord een medische adviseur is verbonden ten behoeve van de algemene hygiënische aspecten van de verzorging. In de volgende zin staat dat aan Gedeputeerde Staten is gebleken dat de taak van de medische adviseur voor de daarbij betrokkenen niet steeds geheel duidelijk is. Vervolgens wordt aangegeven welke werkzaamheden hij of zij dient te verrichten.

Het zijn kort opgesomd de volgende taken.

1 Adviseren in zaken, de sociale medische zorg in de gehele inrichting betreffende.

2 Bij de opnemings van bejaarden een verklaring afgeven dat er uit medisch oogpunt geen bezwaar tegen opnemings bestaat.

3 Voor in dienst te nemen personeel dezelfde handeling te verrichten als aangegeven in 2.

4 Toezicht houden op een deugdelijk afgesloten, voor de leiding toegankelijke geneesmiddelenkast.

5 Toezien dat de verzorgden de beschikking krijgen over voorgeschreven geneesmiddelen en dat deze zo nodig worden toegediend.

6 Toezien dat er voldoende verpleegmiddelen aanwezig zijn, evenals een E.H.B.O.-set.

7 Toezien op het verlenen van volledige medewerking bij bevolkingsonderzoeken.

8 Toezien op mogelijkheden voor tijdsbesteding en activering.

9 Toezicht houden op verstrekken van juiste voeding en dieetvoorschriften.

10 Coördinator te zijn van in het verzorgingshuis werkzame artsen; bevorderen van toepassing van dezelfde behandeling.

11 Nemen van maatregelen bij besmettelijke ziekten.

12 Het doen van aanbevelingen ten aanzien van de hygiëne.

13 Het opnemen van contact met daartoe aangewezen autoriteiten wanneer daartoe aanleiding bestaat.

In deze dertien punten, hoewel niet zo expliciet puntsgewijs aangegeven, worden in genoemde verordening de meest essentiële onderdelen van de taak van de medische adviseur opgesomd. Zonder twijfel is aan vele artsen, of zij nu wel dan niet medisch adviseur van een verzorgingshuis zijn, het bestaan van een dergelijke verordening en de inhoud ervan onbekend. Het lijkt nuttig op een aantal punten wat dieper in te gaan. In de eerste

Samenvatting. De richtlijnen uit de provinciale verordening van Overijssel voor de huisarts, die als medisch adviseur optreedt in verzorgingstehuizen, worden besproken. Vervolgens wordt nader ingegaan op een aantal punten dat van belang kan zijn, waarbij ook facetten die de behandelende arts raken, aan de orde komen.

plaats is het zeker dat er verzorgingstehuizen zijn, waaraan geen medische adviseur is verbonden. Dit is een onjuiste toestand; ook hier zullen medische adviseurs moeten worden aangetrokken. Het initiatief hiertoe dient eigenlijk uit te gaan van de besturen en de directie. In het belang van onze bejaarde patiënten moeten wij als behandelende artsen in dergelijke gevallen aandrang uitoefenen op de bestuurders om tot de aanstelling van een medische adviseur over te gaan.

Naar mijn mening zijn er twee belangrijke uitgangspunten bij het aanvaarden en uitoefenen van de taak van medisch adviseur. In de eerste plaats moet hij onafhankelijk zijn van zowel bestuur als directie; er dient geen dienstverband te zijn. In de tweede plaats moet hij, indien hem dit gewenst lijkt, toegang hebben tot de bestuursvergaderingen. De onafhankelijkheid van bestuur en directie houdt in dat hij in vrijheid en uitgaande van zijn medische deskundigheid kan adviseren en op zijn gebied, uiteraard in overleg met bestuur en directie, die maatregelen kan nemen die naar zijn inzicht door de situatie worden vereist. De toegang tot de bestuursvergaderingen geeft hem aan de hand van de betrokken agendapunten de mogelijkheid ad hoc terzake deskundige adviezen te geven. Bovendien treedt hij hierbij als het ware op als een „trait d'union" tussen bestuur en directie enerzijds en verzorgden anderzijds. Laatstgenoemden zullen hem wellicht in bepaalde zaken als vertrouweling beschouwen. Het kan dan om kwesties gaan welke hij op deze manier op delicate wijze met bestuur en directie kan bespreken. Wel is het noodzakelijk dat in een schriftelijke overeenkomst wordt vastgelegd hoe de positie van de medische adviseur is.

Het is vanzelfsprekend dat de medische adviseur zich beperkt tot zijn taakopdracht. Een ongevraagde bemoeienis met bestuursaangelegenheden kan de wederzijdse verhouding vertroebelen. Ook dient hij buiten medeweten van de directie geen overleg te plegen met personeelsleden. Een strikt

neutrale houding en onverbiddeijk verwijzen naar de betrokken instantie zal hem zowel tegenover bestuur en directie als ten aanzien van de inwoners van het tehuis die positie geven, die een optimale uitoefening van zijn taak mogelijk maakt.

In hetgeen volgt worden verschillende punten uit de provinciale verordening voorzover nodig, aan een nadere bespreking onderworpen.

ad 1 Onder de hier bedoelde adviezen moet mijns inziens ook worden begrepen het betrekken van de medische adviseur in alle aangelegenheden die mede de bouw betreffen. Bij nieuwbouw kan een goede inbreng zijnerzijds van groot nut zijn. Toezicht op het aanbrengen van hulpmiddelen in het bijzonder voor gebrekkige bejaarden is een belangrijk punt. Als voorbeelden mogen dienen een geluidsinstallatie en een ringleiding voor slechthorende bejaarden; een aan alle kanten toegankelijke badkuip, liefst met toegangsdeurtjes en een ruime douche met zitgelegenheid; geschikt en aangepast meubilair; voldoende ventilatie en dergelijke zaken die vanzelfsprekend lijken, maar waarin niet altijd optimaal is voorzien.

ad 2 In de verhouding wordt wat summier gesproken over het afgeven van een medische verklaring. Dit is begrijpelijk, het gaat niet om een instructie voor medici. Toch is dit een van de belangrijkste taken van de medische adviseur. Hij moet de gezondheidstoestand van de betrokken bejaarde onderzoeken teneinde een beslissing te kunnen nemen over het al dan niet toelaten tot het tehuis. De toelatingsnormen wisselen sterk. Er zijn tehuizen waar men bepaalde categorieën bejaarden weert. Blinde, licht demente en invalide bejaarden worden in sommige tehuizen niet geaccepteerd. Bij voorkeur neemt men daar wat jongere en vitale bejaarden. Dit is een onjuiste en ontoelaatbare normering. Een verzorgingstehuis is impliciet een tehuis voor diegenen die zichzelf niet meer kunnen verzorgen, maar voor wie geen verpleging nodig is. Ik zou hiervoor de criteria voor opneming willen aanhalen, zoals deze zijn gesteld in de brochure „Het opnamebeleid in de verzorgingstehuizen voor bejaarden”.

a *Lichamelijke criteria*: milieu-invaliditeit, boodschap-invaliditeit, kook-invaliditeit, huishoudelijke invaliditeit, verzorgings-invaliditeit: het niet zelf kunnen eten, het zich niet kunnen wassen, het niet kunnen baden, het niet naar het toilet kunnen gaan, zich lichamenlijk verwaarlozen.

b *Psychische criteria*: beperkt incasseringsvermogen; eenzaamheid en vereenzaming; sociale onaanpastheid.

Uiteraard dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheden welke het tehuis kan bieden. Deze mogelijkheden moeten echter in het algemeen zodanig zijn dat de verzorging zoals in bovengenoemde criteria genoemd, kan worden vervuld.

Inwonende bejaarden zullen immers op een gegeven ogenblik een dergelijke verzorging nodig hebben. Daarom is ook een commissie voor opneming bestaande uit directie, maatschappelijk werkster, medisch adviseur en bestuurslid een dringende eis. Voor het beoordelen van de mogelijkheid tot opneming is het medische onderzoek niet alleen van belang, het kan tevens dienen als een preventief geneeskundig onderzoek van de betrokken bejaarde. De medische adviseur kan derhalve niet volstaan met een kort onderzoek en een oppervlakkige beoordeling van lichamelijke en geestelijke mogelijkheden. Hij dient een gericht onderzoek te doen waarbij de in *bijlage 1 en 2* genoemde anamnestiche gegevens en leidraad voor het onderzoek, minimumeisen zijn. In gezamenlijk overleg zal aan de hand van medische en sociale gegevens de beoordeling tot opneming dienen te geschieden. Het opstellen van een urgentielijst die uiteraard bij een lange wachttijd een beperkte waarde heeft, is nuttig. Coördinatie in plaatselijk en eventueel regionaal beleid voor opneming is bijzonder belangrijk en moet zo mogelijk worden nagestreefd.

Het is duidelijk dat een röntgenologisch onderzoek naar het voorkomen van tuberculeuze aandoeningen noodzakelijk is, gezien het niet zelden voorkomen van tuberculeuze longaandoeningen bij bejaarden. Indien bij dit onderzoek een longtumor zou worden gevonden betekent dit zeker niet dat de betrokkene mag worden afgewezen. Omvang van het proces, prognose en indicatie tot opneming spelen hierbij een bepalende rol. Indien de prognose slecht is en de patiënt thuis nog kan worden opgevangen kan een afwijzing verantwoord zijn. Ook hierbij is samenspel tussen medische adviseurs, maatschappelijk werkster en behandelende geneesheren van groot belang.

De punten 3, 4, 6 en 7 hebben geen nadere toelichting nodig.

ad 5 Het is genoegzaam bekend dat vele bejaarden, niet in het minst door de multi-pele pathologie, ook grote gebruikers zijn van medicamenten. Het is geen zeldzaamheid dat drie tot zes verschillende soorten geneesmiddelen worden ingenomen. Dat dit dikwijls teveel van het „goede” is, moet iedere praktiserende arts goed voor ogen staan. Zeker bij bejaarden moet men zich telkens afvragen of hetgeen men voorschrijft wel is verantwoord en of het betreffende medicament niet overbodig is. Bij vele bejaarden is „medicijnen slikken” een sleur geworden. Nuttig, vooral ook voor in vakantie en op zondag waarnemende artsen zijn de kaarten met de belangrijkste gegevens en de regelmatig voorgeschreven medicijnen, zoals deze in de Hengelose bejaardentehuizen worden gebruikt (*bijlage 3*).

ad 8 Naast het onderhouden van sociale contacten is het bezig zijn voor ieder mens en zeker voor de bejaarde een conditio sine qua non voor geestelijk en lichamenlijk welbevinden. Het organiseren

van en het toezicht houden op bejaardengymnastiek is een essentiële taak van directie en medisch adviseur.

ad 9 In elk tehuis dient een lijst aanwezig te zijn van de verschillende soorten dieet die kunnen worden toegepast. Dit is nuttig voor de kok, maar ook voor de behandelende geneesheren. Het is voor een tehuis ondoenlijk een grote variëteit hierin te verzorgen. Het nut ervan is problematisch en veelal worden zij voorgeschreven om te voldoen aan bijzondere wensen van de bejaarden. Het voorschrijven van een zoutloos dieet is een onnodige plagerij, zeker voor de oudste categorieën bejaarden. Galblaas-, vetarm-, maag- en suikervrij dieet zijn de voornaamste dieetvariëteiten. Het is vanzelfsprekend dat voldoende aandacht moet worden besteed aan smakelijkheid en gevarieerde samenstelling en aan het feit dat de belangrijke nutriënten in voldoende mate aanwezig zijn.

ad 10 Dit punt vormt weer een belangrijk detail. *Leering* verdedigde in 1964 de opvatting dat in een verzorgingshuis slechts één huisarts dient werkzaam te zijn. De relatie huisarts-patiënt is zeker bij ouderen een dusdanige, dat een gedwongen, onnodige verbreking van die band heilloos zou kunnen werken. Men moet dan maar de inadequate hulp van een aantal huisartsen op de koop toenemen (*Fuldauer*). Als medisch adviseur moet men een goed contact met de behandelende artsen hebben. Uitgangspunt hierbij kan slechts zijn het belang en de optimale gezondheid van de bejaarde. Het lijkt mij voor de goede verstandhouding belangrijk dat de medische adviseur zo weinig mogelijk eigen patiënten in het verzorgingstehuis heeft. Van nieuwe patiënten in een aan zijn zorgen toevertrouwd verzorgingstehuis dient hij niet de huisarts te worden.

Ook de punten 11, 12 en 13 spreken voor zichzelf.

Het medische adviseurschap is voor de betrokken arts een taak, welke hij serieus dient te bezien. Zijn instelling ten opzichte van de bejaarde mens moet positief zijn. Het mag niet worden beschouwd als een al of niet lucratief bijbaantje waarbij men zich beperkt tot het vluchtige bekijken van de op te nemen bejaarden en tot een wat meer stringente keuring van het personeel. Slechts bij een juiste eigen instelling kan hij ook van zijn collega's medewerking verwachten indien er bepaalde problemen zijn op te lossen. Als leidraad voor een honoreringsmogelijkheid moge de richtlijn zijn die in Hengelo wordt gevolgd namelijk f 15,— per bed per jaar.

Summary. The general practitioner as medical consultant to a home for the aged. This paper discusses directives for general practitioners acting as medical consultants to homes for the aged, as formulated in the statutory enactments of the province of Overijssel. A number of facets are discussed in detail, including some that touch upon the attending physician.

Fuldauer, A. (1964) Bejaardenwerk 10, 41.
Katholieke vereniging van bejaardentehuizen. Publikatie 2, 's-Gravenhage, 1965.
Leering, C. (1964) Bejaardenwerk 10, 12-19.
Provinciaal bestuur van Overijssel. Provinciale verordening voor de bejaardenoorden, artikel 8, Zwolle, 1965.

Bijlage 1 Minimumeisen ten aanzien van een vragenlijst ter verkrijging van anamnestiche gegevens ten behoeve van een gericht onderzoek bij bejaarden voor opname in een verzorgingstehuis voor bejaarden.

Naam:
Adres:
Geboortedatum:

Kunt U nog voldoende horen	ja/nee/matig
Kunt U de krant nog goed lezen	ja/nee/matig
Moet U veel hoesten	ja/nee
Bent U kortademig of benauwd bij inspanning	ja/nee
Bent U kortademig of benauwd bij rust	ja/nee
Hebt U pijn in de borst bij inspanning	ja/nee
Hebt U 's avonds dikke voeten of benen	ja/nee
Moet U 's nachts urineren	ja/nee
Hebt U buikklachten	ja/nee
Hebt U moeilijkheden met de ontlasting	ja/nee
Hebt U moeilijkheden met urineren	ja/nee

MANNEN:
Hebt U last van urineren met een kleine straal ja/nee

VROUWEN:
Hebt U last van witte vloed of bruine of bloederige afscheiding ja/nee

Hebt U rugklachten ja/nee
Hebt U pijn in de gewrichten ja/nee
Bent U vermagerd ja/nee
Hebt U andere klachten ja/nee
Zo ja, welke

Bijlage 2 Leidraad voor een gericht onderzoek als bedoeld in bijlage 1.

Oren:	cerumen	ja/nee
	oorarts	ja/nee
Visus:	oogarts	ja/nee
Cor:	tensie:	
Pulmones:		
Buik:		
Genitalia		
Oedeem		ja/nee
Gewrichten:		
Hemoglobinegehalte:		
Glucose:	sediment:	
Andere bevindingen:		

Bijlage 3 In Hengelose bejaardentehuizen gebruikte kaart, waarop de belangrijkste medische en therapeutische gegevens ten behoeve van waarnemende artsen staan vermeld.

Naam _____

Geboortedatum	Huisarts	Godsdienst
Chronische aandoeningen		
Overgevoeligheid		
Vaste medicijnen		