

De zwervende alcoholist: voor wie een zorg?

I.R.A.L. VAN LAERE

Dames en Heren,

Van de daklozen, buitenslapers en gebruikmakers van een tijdelijke nachtopvang in Nederland, is 20-34% alcoholverslaafd en veelgebruiker van alcohol.¹⁻³ Artsen van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) te Amsterdam verzorgen sociaal-medische spreekuren op opvanglocaties voor dak- en thuislozen, de zogenaamde dr.Valckenier-sprekuren.² In onderzoek naar gezondheidsproblemen van daklozen (n = 364) die deze spreekuren bezochten, werd drugsverslaving aangetroffen bij 105 (29%), van wie de helft in methadonbehandeling was bij de GG&GD.² Van 95 alcoholverslaafde daklozen (25%) was niemand in zorg bij een instelling voor verslavingszorg. Het nauwelijks gebruiken van de ambulante verslavingszorg wordt eveneens bij niet-dakloze alcoholverslaafden gezien (www.trimbos.nl/ndm-nl).

De ervaring van GG&GD-artsen met zwervende alcoholisten op de dr.Valckenier-sprekuren leert dat zij kampen met sociale problemen en gezondheidsproblemen die in de tijd toenemen in aantal en ernst.^{2-4,6} De ervaring is ook dat de alcoholzorg weinig aanslaat, omdat deze de leefstijl van de patiënt niet respecteert, het aanbod van hulp te weinig vraaggericht is en het toepassen van dwang niet ingezet wordt.

‘Drank maakt meer kapot dan je lief is’ is een bekende slogan. Met deze les wil ik u laten zien dat deze slogan in het geval van de zwervende alcoholist letterlijk op kan gaan en dat een scala van hulpverleners ondanks inspanningen machteloos toekijkt bij gebrek aan mogelijkheden om het gevaar van verdergaande verloedering, openbare-ordeverstoring en lichamelijke schade te beperken of te keren.

Patiënt A is een 58-jarige Nederlandse ex-stratenmaker, die vanaf zijn 26e jaar verslaafd is aan alcohol. Hij wordt op 39-jarige leeftijd dakloos nadat zijn huwelijk is stukgelopen doordat hij agressief gedrag vertoont onder invloed en steeds vaker wegblijft bij zijn vrouw en twee kinderen. Na omzwervingen door Nederland komt hij terecht in het daklozencircuit in Amsterdam. Hij slaapt meestal buiten, daar hij zich niet wenst op te houden in opvanginstellingen, ‘want daar krijg ik het benauwd van’.

Zie ook het artikel op bl. 1993.

Vanaf zijn 49e bezoekt patiënt de dr.Valckeniersprekuren vanwege een veelvoud aan lichamelijke problemen: recidiverende luchtweginfecties bij chronisch obstructief longlijden (COPD), hematemeses, pneumothorax, diverse traumata, verwondingen, bacteriële huidinfecties en een recidiverend trombosebeen. Tijdens 112 consulten, waarvan 85 in de laatste 3 jaar, zien wij toenemende verwaarlozing en organische schade door aanhoudende ernstige alcoholconsumptie. Patiënt is 6 keer in een verslavingskliniek opgenomen geweest gedurende in totaal 21 dagen, 10 keer in een ziekenboeg²⁻⁵ van de maatschappelijke opvang gedurende in totaal 84 dagen, en 6 keer in een algemeen ziekenhuis, alleen al de laatste 2 jaar gedurende 25 dagen; van de tijd daarvoor is niets bekend.

Bij psychiatrisch onderzoek worden afhankelijkheid van alcohol, frequente intoxicatietoestanden, depressieve klachten en een licht amnestisch syndroom vastgesteld. Aan een neuropsychologisch onderzoek wenst patiënt niet mee te werken. Door zijn agressief gedrag tijdens alcoholintoxicatie wordt hij menigmaal uitgesloten van verblijf in de maatschappelijke opvang.

Op de dr.Valckeniersprekuren zegt patiënt herhaaldelijk: ‘Zo gaat het niet langer, dokter’ en maakt daarbij een sombere indruk. Hij is niet te bewegen voor een vrijwillige psychiatrische behandeling, ‘want ik ben niet gestoord’. Hij wenst geen langdurige opname in een verslavingskliniek of een internaat. Telkens nadat hij is opgelapt in een ziekenboeg of ziekenhuis keert hij terug naar een slaapplek buiten met drinkende lotgenoten. Medicatie, zoals preparaten voor longinhalatie en voor antistolling bij een trombosebeen, raakt hij kwijt en afspraken op een polikliniek of met de trombosedienst komt hij niet na.

Het laatste levensjaar van patiënt staat in het teken van calamiteiten: hij wordt dronken door een auto aangereden en opgenomen op de Intensive Care met pneumothorax en 5 gebroken ribben. Nadat hij bloed heeft gebraakt op de muur van een passantenverblijf, wordt hij weer op de Intensive Care opgenomen met shock door een maagbloeding. Hij krijgt een insult door alcoholonttrekking en wordt ter observatie opgenomen. Hij heeft diverse traumatische wonden aan de benen, terwijl hij reeds een slechte bloedcirculatie heeft en hij wordt opgenomen met een uitgebreid trombosebeen. Vroegtijdig gaat hij zelf met ontslag. Vanwege pijn aan de benen en toename van de zwelling brengt hij een bezoek

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, cluster Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, Ambulant Medisch Team voor dak- en thuislozen, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam.

I.R.A.L. van Laere, sociaal-geneeskundige.

Correspondentieadres: I.R.A.L. van Laere (ilaere@ggdd.amsterdam.nl).

aan een Eerste Hulp, waar de dienstdoende arts de anti-stolling hervat en een recept uitschrijft. Twee dagen later vertelt hij op het dr.Valckenier-spreekuur dat alle pillen zijn gestolen. Hij heeft opnieuw een trombose-been met hiernaast last van kortademigheid, loopvoeten⁶ met zwerende wonden en schimmels, en bovendien is hij onder invloed van alcohol.

Enige weken later wordt patiënt met respiratoire insufficiëntie door longinfiltraten en een longembolie opgenomen op een Intensive Care en hij overlijdt.

Patiënt B is een 40-jarige Nederlander wiens vader alcoholist was met psychotische episoden. Op 18-jarige leeftijd vangt patiënt aan met alcoholgebruik. De jaren daarop injecteert hij heroïne en cocaïne. Als hij 26 jaar is, ontspoorde zijn alcoholgebruik en wordt hij opgenomen op de Crisis en Detoxificatie Afdeling (CODA) van de Jellinek-kliniek te Amsterdam. De volgende dag verlaat hij zelf de kliniek. Door problemen bij aanhoudend alcoholgebruik kan zijn huwelijk geen stand houden. Hij verliest zijn baan als pedagogisch werker en raakt na echtscheiding op straat; hij is dan 35 jaar. Direct hierop raakt hij in een crisissituatie vanwege opgelopen spanningen, alcoholgebruik en agitatie. Hij uit zich suïcidaal en wordt gedurende 1 week opgenomen in een psychiatrische kliniek. Twee jaar later volgt een opname in een alcoholkliniek buiten Amsterdam. Na ontslag verblijft hij enkele jaren in een tentje op een bouwterrein in Amsterdam.

Wij zien patiënt voor het eerst als hij 40 is op het dr.Valckenier-spreekuur met een geïnfecteerde wond van de rechter hand. Hij maakte eerder een pneumonie en hepatitis C door. Bij lichamelijk onderzoek zien wij een sterk verwaarloosde man met een opgeblazen rood doorlopen gelaat, een slecht gebit, alcoholische foetor, rhonchi over alle longvelden, een palpabele lever en loopvoeten met wondjes en mycose. Opname in een ziekenboeg volgt. Na enkele dagen vertrekt patiënt, omdat hij de drank en de vrijheid mist. Hij slaapt onder een brug en neemt steeds meer alcohol.

De jaren daarop zien wij patiënt verregaand verloeiden. Met regelmaat vertoont hij alcoholonthoudings-insulten (zonder tongbeet of incontinentie) die gedurende 5 spreekuren worden geobjectiveerd, waarbij hij op de vloer voor de spreekkamer ligt. Hij bezoekt tijdens 48 consulten het dr.Valckenier-spreekuur en wordt 7 keer opgenomen in een ziekenboeg gedurende in totaal 28 dagen. Tussentijds ontstaan op straat frequent incidenten als onder invloed collabereren, vertonen van trekkingen, agressief gedrag en verstoren van de openbare orde. Voor deze incidenten wordt door omstanders, politie en medewerkers van een nachtopvang in 2 jaar tijd, volgens de registratie van de Centrale Post Ambulancevervoer, 41 keer een ambulance ingeroepen. Volgens de politie worden in een periode van 5 jaar 44 zogenaamde mutaties genoteerd, zoals insluiting bij openbare dronkenschap en ordeverstoring. Forensisch artsen van de GG&GD beoordelen patiënt 12 keer in een politiecel of in een nachtopvang. De GG&GD-afdeling Vangnet en Advies wordt 9 keer ingeschakeld na een

melding van een crisis door derden en voor Krisisdiensten vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) gebeurt dit 2 keer. Tijdens deze crises wordt patiënt in 2 jaar 14 keer opgenomen in de Jellinek-kliniek gedurende in totaal 114 dagen.

Regelmatig doet patiënt uitspraken als 'ik weet dat ik mezelf dood drink'. Als patiënt 44 jaar is, wordt door de GG&GD aan de psychiatrische crisisdienst gevraagd een beoordeling te doen in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) om verdergaande verloedering een halt toe te roepen. Patiënt krijgt hiervan notie en 'vlucht' naar een andere stad. Zijn medische conditie verslechtert en tijdens buiten slapen en drinken ontstaan persisterende hoestklachten; onder invloed raakt patiënt na aspiratie respiratoir insufficiënt en wordt hij opgenomen op de Intensive Care van een algemeen ziekenhuis. De volgende problemen worden tijdens opname geconstateerd: beiderzijds longinfiltraten met niet-verkazende granulomen, een slikstoornis, een diepe veneuze trombose van het rechter been, huidlaesies met calciumdeposities bij hypercalciëmie, decubitus van de linker heup en rechter hiel, en persisterende anemie. Patiënt blijkt in de voorgaande 2 jaar gedurende 76 dagen 9 keer te zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis, waarvan 3 keer op een Intensive Care.

Na opgeknapt te zijn verlaat hij de kliniek en keert hij terug naar de brug. Onlangs heeft hij weer het dr.Valckenier-spreekuur bezocht. Voor het consult kan aanvangen, ligt patiënt met trekkingen op de grond. Wanneer hij bijkomt, wordt hij overgeplaatst naar de CODA van de Jellinek-kliniek. De Jellinek-psychiater wordt verzocht patiënt te beoordelen. Deze ziet geen gronden voor een dwangmaatregel, daar patiënt de dag na opname verklaart bereid te zijn aan een behandeling mee te werken. Een behandeling met naltrexon wordt tijdens deze opname ingezet.⁷ Een dag later verlaat patiënt de kliniek.

Thans verblijft patiënt onder een brug en drinkt hij. Wij wachten op een volgende crisis.

De gezondheid van zwerende alcoholisten en andere zorgwekkende zorgmijders is slecht en zij sterven vroegtijdig. Studies bij daklozen tonen multi-pele klachten van diverse orgaansystemen en bij hen komen vaak verslaving, andere psychopathologische afwijkingen, verwaarlozing, traumata, HIV-infectie en tuberculose voor.^{1-3 8-12}

Uit buitenlandse studies naar mortaliteit onder daklozen blijkt dat zij – het betreft vooral blanke mannen en verslaafden – een 3-4 maal zo hoge totale mortaliteit hebben als de algemene bevolking. Daklozen sterven gemiddeld op 47-jarige leeftijd als gevolg van alcohol, geweld, vergiftiging, suïcide, ongelukken, onderkoeling, aids, luchtwegproblemen, tuberculose, nierinsufficiëntie, hartfalen en -ritmestoornissen.^{11 12}

Zwerende alcoholisten, maar ook niet-dakloze alcoholisten, maken nauwelijks gebruik van de verslavingszorg, omdat een 'hulpvraag' ontbreekt (www.trimbos.nl/ndm-nl).¹⁻³ Van daklozen in Amsterdam heeft 59-74%

een uitkering,^{1,2} waarmee de alcoholisten onder hen hun verslaving kunnen onderhouden. Hiertegenover staat de drugsgebruiker die gebruik kan maken van opiaatsubstitutie via methadonbehandeling. De ervaring van de GG&GD Amsterdam leert dat de zwerende alcoholist tijdens het beloop van crisis naar crisis bij de dichtstbijzijnde hulpverlener belandt en korte behandelingen doorloopt, tot de acute klacht is verminderd of verdwenen, waarna hij terugkeert naar een stek buiten om verder te drinken.

Falende bemoeizorg. De beschreven alcoholverslaafde patiënten tonen een aaneenschakeling van crisismomenten, waarbij vaststaat dat de lichamelijke schade en de maatschappelijke teloorgang naast de maatschappelijke schade en overlast groot zijn. Zeer veel tijd en energie wordt geïnvesteerd in GG&GD-consulten, het organiseren en coördineren van (acute) zorg, de talrijke opnamen in een ziekenboek, klinische opnamen met aanvullende onderzoeken, behandelingen en medicatie. GG&GD-medewerkers volgen daklozen – waaronder alcoholverslaafde – actief op straat, in de maatschappelijke opvang en in klinieken. Het doel van deze bemoeizorgactiviteiten is via het aanbieden van onderdak en zorg de alcoholverslaving te stabiliseren en gezondheidsschade te beperken volgens het model dat bekend is van methadonpatiënten.¹³

Conatieve stoornis. Tijdens de momenten waarop de alcoholconsumptie beperkt of tijdelijk afwezig is, kunnen bij de beschreven patiënten geen manifeste psychotische symptomen of kenmerken van ernstige depressie of evidente amnestische syndromen worden vastgesteld. Tijdens deze 'nuchtere' momenten belooft de patiënt zelfs mee te werken aan de behandeling – maar hij doet dit niet. Begrippen als 'hulpvraag' en 'motivatie' zijn wellicht relevant, maar niet van toepassing op dergelijke incompetente patiënten met zogenaamde conatieve stoornissen. Vrijwillige behandelingen slaan zij af of zij breken ze voortijdig af, zodat de volgende crisis zich op straat kan aandienen.

Ondanks het actief 'bemoeien' door herhaald ongevraagd aanbieden van zorg aan deze patiënten zien wij hen afglijden en wordt de hulpverlener geconfronteerd met een ethisch dilemma. De vraag is of de persoonlijke en maatschappelijke schade bij dergelijke zwerende alcoholisten kan worden of zou moeten worden afgewend via een gedwongen opname om hun betere zorg te kunnen bieden. Ter beantwoording van deze vraag zijn gegevens noodzakelijk over het rendement van dergelijke opnamen en aansluitende behandelingen.¹⁴⁻¹⁷ Hierbij zal continuïteit in de zorgketen gewaarborgd moeten zijn met aandacht voor langetermijncontacten met relevante instanties en familieleden, naast emotionele en praktische ondersteuning in de kritische periode na ontslag.^{18, 19}

Verslaving en de Wet BOPZ. Hoewel de meeste verslavingsinstellingen beschikken over de mogelijkheid patiënten gedwongen op te nemen krachtens de Wet BOPZ, wordt van deze mogelijkheid nauwelijks gebruikgemaakt: 0,28% van totaal 15.473 opnamen in verslavingsklinieken in Nederland in de periode 1997-1998

tegenover 14% in de reguliere GGZ;²⁰ volgens uitkomsten van een enquête onder verslavingszorginstellingen (respons 36/61) zijn praktische redenen hiervan de oorzaak. Verslavingsklinieken hebben meestal geen gesloten afdeling of separeerruimte en er is meestal onvoldoende geschoold personeel om een onvrijwillige opname te hanteren. Dit resulteert in onduidelijkheid over toepassingsmogelijkheden van de Wet BOPZ bij verslavingsproblematiek.²⁰

In een betoog over de betekenis van de Wet BOPZ voor de verslaafde en de verslavingszorg wordt gesteld dat de wet met het gevaarscriterium mogelijkheden biedt om geesteszieke verslaafden gedwongen op te nemen, maar dat eerst en vooral het zorgaanbod voor deze patiënten verbetering behoeft. Een gedegen inzicht in de effectiviteit van deze vorm van hulpverlening ontbreekt.¹⁴⁻¹⁷

Ten aanzien van de zorg voor de zwerende alcoholist dient duidelijkheid te bestaan over wie de verantwoordelijkheid draagt en het voortouw neemt de zorg te (blijven) bieden. In de reguliere zorg speelt de huisarts de actieve rol voor de chronisch psychiatrische patiënt.^{21, 22} In het geval van daklozen kan de huisarts de zorg niet adequaat bieden door onder meer praktische problemen,⁵ hoewel de huisarts voor patiënten ingeschreven in de praktijk wel een zorgverplichting heeft. Opgemerkt wordt dat individuele hulpverleners dergelijke patiënten veelal tijdens een kort moment in behandeling hebben, waardoor het overzicht over de problematiek en over het resultaat van de toenemende en kostbare zorgconsumptie en overlast uitblijft.

In Amsterdam heeft de GG&GD via het Ambulant Medisch Team voor dak- en thuislozen de eerstelijnszorg voor deze patiënten op zich genomen.^{2, 4-6} In samenwerking met de psychiatrie en de verslavingszorg wil men vaststellen of de zwerende alcoholverslaafden niet eerder en vaker gedwongen moeten worden opgenomen, zodat zij betere zorg krijgen, onnodige gezondheidsschade wordt beperkt en op kosten wordt bespaard.

Dames en Heren, de beschreven casussen illustreren een opeenstapeling van meervoudige ernstige lichamelijke en maatschappelijke schade bij de zwerende alcoholist. De hulpverlening kijkt machteloos toe hoe deze patiënten zich letterlijk dood drinken. Bij deze groep patiënten breken alle huidige medische inspanningen, en dat zijn er veel, bij de handen af. Het is de vraag of wij, zoals thans het geval is, moeten accepteren dat een bepaalde groep patiënten niet te redden is, hen aan hun lot moeten overlaten en slechts kortdurend crisisbehandeling moeten bieden. Het alternatief is dat wij wettelijke mogelijkheden tot dwang vaker en eerder aanwenden om deze mensen op te nemen en te proberen te behandelen. Onderzoek zal dan moeten aantonen of deze behandelingen stabilisatie en beperking van schade op termijn kunnen bewerkstelligen. Met deze les hoop ik de zorg om de zwerende alcoholist met u te kunnen delen, zodat hij de zorg krijgt waar hij naar mijn overtuiging recht op heeft.

EPILOOG

Patiënt B was 45 jaar toen hij door een GG&GD-medewerker in uitputtingstoestand onder een brug werd aangetroffen met een pneumonie. Na aandringen werd hij opgenomen in een ziekenboek. Na uitvoerig overleg en uitgebreide rapportage van de voorgeschiedenis beoordeelde een onafhankelijk psychiater diezelfde dag patiënt in het kader van een dwangmaatregel. Drie weken later vond de rechter dat patiënt voldeed aan alle criteria van de Wet BOPZ, waarbij de persoonlijke en maatschappelijke schade niet anders kan worden afgewend dan door een gedwongen opname. Patiënt werd na de zitting direct opgenomen op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en na enige weken overgeplaatst naar de Jellinek-kliniek. De drankzucht verminderde tijdens een naltrexonbehandeling; patiënt verzorgt nu zichzelf, komt aan in gewicht en voelt zich opgeknapt. Op dit moment brengen medewerkers van de maatschappelijke opvang hem kleding en zakgeld van zijn uitkering. Jaren terug verbroken familiebanden worden hersteld. Na ontslag zal woonruimte in een sociaal pension beschikbaar zijn.

Commentaar op het manuscript werd gegeven door G.H.A. van Brussel en G.W. van Santen, sociaal-geneeskundigen, en door F. Polak, psychiater, allen van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) Amsterdam.

ABSTRACT

The homeless alcoholic: who cares? – Two homeless alcoholics, males aged 58 and 40 years, suffered from multiple health problems. Sleeping outdoors, excessive drinking and incompetence refrained them from seeking proper assistance. The patients were assessed on many occasions at primary care services provided in shelters in Amsterdam, at police stations and in the streets. They were also frequently admitted to shelter infirmaries, alcohol clinics and general hospitals. Despite substantial individual health damage, community costs and extreme care consumption, coercive treatment was not applied to prevent the death of the first patient and to stabilise the situation of the second. It is stated that a specific group such as homeless alcoholics can hardly be treated except during moments of crisis. Coercive treatment should be applicable in order to stabilise these patients so as to prevent early mortality among the alcoholic homeless with comparable health problems. Outreach primary care services for the alcoholic homeless should actively cooperate with addiction and mental health services in providing adequate care.

LITERATUUR

- 1 Korf DJ, Deben L, Diemel S, Renssen P, Riper H. Een sleutel voor de toekomst. Tel- en consumenten onderzoek onder daklozen in Amsterdam. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Thela Thesis; 1999.
- 2 Laere IRAL van, Buster MCA. Gezondheidsproblemen van daklozen op zogenaamde dr. Valckenier-sprekuren in Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1156-61.
- 3 Reinking DP, Wolf JRLM, Kroon H. Hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1161-6.
- 4 Laere IRAL van. Henkie heb je je methadon al gehad? De zwerver en de sociaal geneeskundige. Med Contact 1999;54:1448-9.
- 5 Laere IRAL van. Zorg voor zieke zwervers. Specifieke medische zorg voor daklozen noodzakelijk. Med Contact 2000;55:1567-9.

- 6 Laere IRAL van. 'Loopvoeten' bij zwervers. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2481-4.
- 7 Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: clinical data. Alcoscope 2001;4:6-10.
- 8 Gelberg L, Linn LS. Assessing the physical health of homeless adults. JAMA 1989;262:1973-9.
- 9 Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, Nestadt G, Romanoski AJ, Ross A, et al. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. JAMA 1989;262:1352-7.
- 10 Fichter MM, Quadflieg N. Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. Acta Psychiatr Scand 2001;103:94-104.
- 11 Hwang SW, Lebow JM, Bierer MF, O'Connell JJ, Orav EJ, Brennan TA. Risk factors for death in homeless adults in Boston. Arch Intern Med 1998;158:1454-60.
- 12 Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. JAMA 2000;283:2152-7.
- 13 Langendam MW, Brussel GH van, Coutinho RA, Ameijden EJ van. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. Am J Public Health 2001;91:774-80.
- 14 Alem VCM van. De BOPZ en de verslaafde. Tijdschrift voor Alcohol en Drugs 1986;12:12-6.
- 15 Dute JCI, Bakker AH. De betekenis van de wet BOPZ voor de verslavingszorg. Tijdschrift voor Alcohol en Drugs 1997;22:32-9.
- 16 Lionarons WH. Gedwongen opname van druggebruikers. Tijdschrift voor Alcohol en Drugs 1989;15:15-24.
- 17 Rigter H. Effectiviteit van justitiële drang en dwang behandeling van verslaafden. Utrecht: Trimbos-instituut; 1998.
- 18 Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a 'critical time' intervention after discharge from a shelter. Am J Public Health 1997;87:256-62.
- 19 Brook OH. Heropnames van thuislozen in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Een onderzoek op basis van het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGGZ) in de periode 1990-1995. Tijdschrift voor Psychiatrie 1999;41:567-74.
- 20 Rooij MFAM van, Vleugels CMM, Kortmann FAM, Have HAMJ ten, Wijnen FCB van. Gedwongen opname in de verslavingszorg: onderzoek naar de toepassing van de wet BOPZ. Tijdschrift voor Psychiatrie 2001;43:265-70.
- 21 Oud MJT, Schuling J. Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:697-700.
- 22 Wiersma D. Zorgbehoeften bij chronisch psychiatrische patiënten in de huisartspraktijk; gedeelde verantwoordelijkheid met de GGZ. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:701-3.

Aanvaard op 21 mei 2002

Bladvulling

Vrouwelijke studenten

Chicago. – De North Western vrouwen-hoogeschool heeft moeten liquideeren. Alleen op de Women's medical school werd jaarlijks een bedrag van 24000 Dfls. toegelegd. Een der curatoren verklaarde, dat de vrouwen het scheikundig laboratoriumwerk en de chirurgie niet begrepen. 'Voor 15 jaren werd aangedrongen op een afzonderlijke vrouwen-universiteit, maar de uitkomst was nog onbevredigender dan vroeger'. Een vrouwelijke arts was daarentegen van meening, dat er eenvoudig te weinig toevloed van studenten was om de hoogeschool in stand te houden. Als tegen de geschiktheid der vrouwen voor de studie moest pleiten het feit, dat de studenten niet in staat zijn, de school te onderhouden, dan moet men vreezen, dat in Nederland man noch vrouw mag studeeren.

(Berichten Buitenland. Ned Tijdschr Geneesk 1902;46I:751-2.)