

PORFYRIE

In verschillende landen heeft men gegevens over de frequentie van porfyrie, zoals in Scandinavië (dank zij WALDENSTRÖMS werk), IJsland, Engeland en Zuid-Afrika. Er blijken daarbij grote verschillen te bestaan; in Zuid-Afrika lijdt niet minder dan 3 pro mille der blanke bevolking aan porfyrie, die elders een zeldzame ziekte schijnt te zijn. Het lijkt mij de moeite waard zoveel mogelijke gegevens uit Nederland bijeen te brengen, waarbij wellicht een bijdrage tot de classificatie kan worden geleverd. De in Zuid-Afrika zoveel voorkomende porphyria variegata is daar o.a. door Nederlandse families gebracht. In Nederland kon ik inderijd een familie beschrijven, waarin bij talrijke leden abdominale en gynaecologische operaties waren verricht zonder een enkel sterfgeval terwijl het porfyriene-uitscheidingspatroon dat van porphyria variegata was, met deze uitzondering dat in onze gevallen nimmer porfobilinogeen kon worden aangetoond. Op de internationale conferentie over porfyrie te Kaapstad in 1963 meende men dat wij hier met een bijzondere variant van porphyria variegata te maken hebben. Mogelijk ben ik een tweede familie met deze Hollandse variant op het spoor.

Ik zou het op hoge prijs stellen indien collegae die patiënten met porfyrie in behandeling hebben of families met porfyrie kennen, mij daarvan in kennis zouden willen stellen.

Rotterdam, december 1968
Afdeling Dermatologie
Medische Faculteit
Baan 170

Dr. T. H. TIO

DE ZIEKENAFDELING VAN BEJAARDENTEHUIZEN TER DISCUSSIE

De visie van collega BEEKHUIS (1968) op de ziekenafdeling in bejaardentehuizen lijkt mij zeker discussie waard. Met zijn conclusie kan ik mij echter niet verenigen. Wel heb ik waardering voor één van zijn grondgedachten, nl. zo veel mogelijk privacy aan ieder mens verschaffen. Hierom draait, lijkt mij, een groot deel van zijn uiteenzetting.

Collega BEEKHUIS wil iedere bewoner de mogelijkheid geven verpleegd te worden en te sterven in eigen kamer. Dit vind ik prachtig. Maar is dit haalbaar? Op het moment niet en naar mijn overtuiging in de toekomst waarschijnlijk ook niet. En waarom niet? Omdat dit vraagt: veel geld en veel personeel. Het is de vraag of een bevolking zo veel als nodig is hiervoor zal opbrengen voor haar oudere bevolking. En dan het personeel. Er is nu een groot tekort aan personeel. Gaan wij de richting uit, die collega BEEKHUIS wil, dan zal het tekort nog groter worden, omdat dan naar verhouding meer personeel nodig is.

Verpleging op een ziekenafdeling is eenvoudiger dan verpleging op afzonderlijke kamers, verspreid door een tehuis. Mogen wij verwachten dat in de toekomst het tekort aan verplegend personeel zal afnemen? Zeker is dit natuurlijk niet, maar twijfel hieraan is er wel.

De wens van collega BEEKHUIS lijkt mij dus weer toe te juichen, maar niet haalbaar. Wij zullen dus moeten roeien met de riemen die wij hebben en proberen zo goed mogelijke resultaten te halen.

Als wij dan uitgaan van verzorgingshuizen van ongeveer 200 bewoners, zijn een ziekenafdeling, een dokterskamer, een isoleerkamer nodig. (Voor kleinere tehuizen is dat minder dringend.) In een dergelijk tehuis is het efficiënt alle bewoners te laten behandelen door een of twee artsen.

Acuut zieke patiënten worden op de ziekenafdeling opgenomen. Ten aanzien van chronisch zieke patiënten moet

worden gepraat over de vraag of zij naar een inrichting moeten voor chronische zieken. Hierbij komen dan verschillende punten ter beoordeling. Wat vindt de patiënt nodig? Wil deze in bekende omgeving blijven? Is er speciale behandeling nodig die een eenvoudige ziekenafdeling niet kan geven? Is er verbetering mogelijk van de toestand van de patiënt? Enz.

Op een ziekenafdeling is een isoleerkamer beslist nodig voor bv. ernstige patiënten. Men moet een dergelijke isoleerkamer allermindst als een sterfkamer beschouwen. Een ernstig zieke patiënt kan, ook al is hij oud, toch genezen.

Niet alle verzorgden worden eens „zwak”. Vele verzorgden overlijden, hetzij plotseling bv. door hartinfarct of hersentrombose, hetzij na korte ziekte.

Naar aanleiding van de genoemde problemen heb ik de mening gevraagd van de bewonerscommissie van het tehuis, waarin ik werk. Het is een tehuis zoals boven is beschreven. De commissie vond het nodig, dat er een ziekenafdeling is bij een bejaardentehuis. Er werd niet de voorkeur gegeven aan het blijven op eigen kamer bij ziekte of overlijden. In vele gevallen zou men het liefst op de ziekenafdeling van het tehuis blijven in geval van chronisch ziek worden.

In grote lijnen was men tevreden over de behandeling en de verzorging bij ziekte. Belangrijke verandering in de opzet hiervan werd niet nodig geoordeeld.

Literatuur: BEEKHUIS, W. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 912.

Amsterdam, 16 november 1968

G. E. TEN BOKKEL HUININK

DE OPNAMEWEGEN VAN EEN PSYCHIATRISCHE AFDELING VAN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Met belangstelling las ik het verslag van een onderzoek dat werd verricht door een werkgroep sociale psychiatrie van de Afdeling Sociale Psychiatrie van de Amsterdamse Universiteitskliniek. Naar aanleiding hiervan wil ik mijn grote verbazing uitspreken over het feit dat daarin de functie van de huisarts (of zelfs maar het woord) niet voorkomt. Bij informatie bij het psychiatrisch ziekenhuis Calvariënberg alhier (hoofd: G. M. J. Widdershoven) bleek mij, dat hier ongeveer 50 pct der opnamen plaatsvinden door de huisartsen in overleg met de zenuwarts, 40 pct door de zenuwartsen (meestal heropnamen) en 10 pct door de Sociaal Psychiatrische Dienst in overleg met huisarts en behandelend zenuwarts.

Ik ben van mening dat bij „crisisituaties in de aanpassing” van gestoorde en normale mensen de eigen huisarts de eerst aangewezen is, die hulp moet bieden en zo nodig opneming in een psychiatrische afdeling regelt, uiteraard in goede samenwerking met de zenuwarts en (soms) een sociaal-psychiatrische dienst. Opname door andere instanties dan de huisarts, zoals in Amsterdam regel blijkt te zijn en door de schrijvers ook voor de toekomst blijkbaar als vanzelfsprekend wordt beschouwd, moet m.i. uitzondering blijven (resp. weer worden) en dan nog alleen in overleg met de huisarts plaatsvinden. Ik houd dit pleidooi voor de huisarts niet omdat ik dit veelal tijdrovende en soms ondankbare werk zo prettig vind, maar omdat ik de begeleiding van de patiënt op het hoogtepunt van zijn aanpassingsmoeilijkheden door de huisarts nogal essentieel acht voor de centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg.

Literatuur: ROMME, M. A. J., N. W. DE SMIT en E. TELLEGEN (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 2035.

Maastricht, 28 november 1968

J. A. G. MEIJERS