

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

Ons onderzoek richtte zich op de opnamewegen van een bepaalde psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, als voorbeeld van een doelmatigheidsonderzoek in de gezondheidszorg. De centrale plaats van de huisarts in de gezondheidszorg was en is bij ons vanzelfsprekend, en kwam in dit onderzoek niet in het geding.

Wellicht kan collega MEIJERS een vergelijkbaar onderzoek bevorderen in de Maastrichtse situatie, waarover hij enkele interessante gegevens heeft verstrekt. Dan zou het doel van ons onderzoek — een toetsing van de vaak zo „vanzelfsprekende” uitgangspunten in de organisatie van de gezondheidszorg — bereikt zijn.

Amsterdam, 10 december 1968

M. A. J. ROMME,
N. W. DE SMIT,
E. TELLEGEN

BERICHTEN

BUITENLAND

Chili

Abortus-epidemie. — Een golf van abortus-gevallen in het land is voor ARMIJO en REQUENA (*Publ. Hlth Reports*) aanleiding, van een epidemie te spreken. Volgens hen zijn de bekende cijfers reeds hoog, maar het werkelijke aantal gevallen is nog hoger. In Santiago is gebleken dat 23 pct van de vrouwen een of meermalen een abortus hadden ondergaan, vooral jonge vrouwen (20-34 jaar). De hoogste percentages werden vastgesteld bij getrouwde vrouwen die 1-3 kinderen hadden, en bij vrouwen uit bevolkingsgroepen met lage inkomens. De meeste afdrijvingen waren uitgevoerd door niet daartoe gerechtigde personen, die gevaarlijke methoden toepasten. (*Wld med. J.*, nov.-dec. 1968 bl. 149).

Duitsland

Leeftijd en werkloosheid. — Uit recente onderzoeken van de Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung blijkt dat bijna twee op de drie werklozen in West-Duitsland 45 jaar of ouder zijn. (*Dtsch. Ärztbl.*, 23 nov. 1968 bl. 2682).

Academie voor arbeidsgeneeskunde en sociale geneeskunde. — Op 4 november 1968 heeft te München de plechtige opening plaatsgevonden van een „Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin”. Hiermede is de staat Beieren de eerste in de Bondsrepubliek die een dergelijk instituut in het leven heeft geroepen. De academie zal worden bestuurd door een presidium van vijf leden en een curatorium van 25 leden. (*Dtsch. Ärztbl.*, 23 nov. 1968 bl. 2684).

Groot-Brittannië

Overbevolking. — Een in het Lagerhuis door meer dan de helft der parlementsleden ondertekende ingediende motie luidde: „That this House, noting that England itself now rivals Holland and Taiwan as the most densely populated territory in the world, apart from small islands and city states, and that the population of the United Kingdom is likely to increase by a third from 55 to 73 million by the end of the century, calls upon Her Majesty's Government to establish permanent and adequate machinery for examining the difficulties to which such population growth will give rise and for giving early warning to Parliament of such difficulties and to advise what steps should be taken to overcome them well in advance of crisis point.” In een ingezonden stuk in de *Times* van 31 oktober jl. dringen onderkeners van de motie — Sir DAVID RENTON en andere parlementsleden — aan op vrijwillige geboortebeperving als afdoende maatregel. (*Med. Offr.*, 22 nov. 1968 bl. 285).

Levertransplantatie. — Vóór juli 1967 hadden STARZL en medewerkers zeven maal een levertransplantatie verricht. De resultaten waren teleurstellend: één patiënt overleefde de operatie 23 dagen, de anderen stierven na korter tijdsverloop. Maar de techniek werd verbeterd, en van 16 patiënten bij wie STARZL na juli 1967 een lever transplanteerde, zijn er zeven nog in leven (één onderging de operatie voor een tweede maal, nadat de eerste ingebrachte lever was afge-stoten). De langste overlevingstijd bedraagt thans meer dan een jaar. Aan de levertransplantatie is als bijzonderheid verbonden, dat het niet noodzakelijk is, de nieuwe lever op de plaats van de oude in te brengen (orthotope levertransplantatie); het kan ook op een andere plaats (heterotope transplantatie). (*Brit. med. J.*, 30 nov. 1968 bl. 529). CALNE en medewerkers beschrijven vijf levertransplantaties. Het eerste geval betrof een man van 47 jaar, bij wie een accessore lever werd ingeplant; hij stierf de dag na de operatie. De tweede patiënt, een kind van tien maanden stierf een half uur na de operatie. De derde patiënt, een vrouw van 46 jaar stierf elf weken na de operatie. De vierde patiënt, een man van 41 jaar, werd 17 dagen na de operatie uit het ziekenhuis ontslagen; hij is sindsdien gezond gebleven en heeft zijn werkzaamheden hervat. De vijfde patiënt, een man van 46 jaar overleed drie weken na de operatie. (*Brit. med. J.*, 30 nov. 1968 bl. 535 en 541).

Verenigde Staten

Uitroeiing van mazelen. — Zondag 23 januari 1966 wordt op Rhode Island „End Measles Sunday” genoemd omdat op die dag een immunisatiecampagne tegen mazelen plaatsvond, die geleid heeft tot een praktisch volledige uitroeiing van deze ziekte in Rhode Island. (SCHAFFNER e.a. *New Engl. J. Med.* 279, bl. 783). Er werd gebruik gemaakt van een vaccin, bereid uit een levend, verzwakt mazelenvirus. Het vaccin werd toegediend met „multiple-dose jet guns”. In totaal werd 65 à 70 pct van de ontvankelijke bevolking gevaccineerd, waarmee een „herd-immunity” was bereikt. Van een werkelijke uitroeiing kan natuurlijk geen sprake zijn, zolang mazelen niet over de gehele aarde verdwenen is en zolang ontvankelijke personen de kans lopen in contact te komen met infectieuze patiënten.

Een tijdschrift cadeau. — De universiteit van Illinois te Urbana heeft een tijdschrift ten geschenke gekregen: het 81 jaar oude *American Journal of Psychology*. Schenker is KARL M. DALLENBACH, eigenaar en editor van het tijdschrift. Het verschijnt eens per kwartaal. De waarde ervan wordt geschat op \$ 100.000. De hoofdredactie zal voortaan een bestuur zijn, waarin hoogleraren van de universiteiten van Illinois en Harvard zitting hebben. (*Science*, 18 okt. 1968 bl. 339).

Kraamvrouwenkoorts. — In 1861 constateerde SEMMELWEIS: „Bij onderzoek van zwangeren, barenden en kraamvrouwen brengt men in de vagina een hand in, die besmet is door kadaverdeeltjes.” Op het eind van de 19e eeuw was kraamvrouwenkoorts geen probleem meer. Maar de hand die smetstof overbrengt, is nog steeds een realiteit. JEWETT en medewerkers (*J. Amer. med. Ass.*, 7 okt. 1968 bl. 344) beschrijven een „epidemie” van kraamvrouwenkoorts in een ziekenhuis, waar in 1965 20 moeders en 5 baby's geïnfecteerd werden, gelukkig zonder dodelijke afloop. Van „schuld” was in het geheel geen sprake. Door nauwkeurig onderzoek werd vastgesteld dat de infectie werd veroorzaakt door een bepaald type β -hemolytische streptokokken, en dat de smetstof in bijna alle gevallen was overgebracht door de hand van een anesthesist. Deze had twee onbetekenende schaa-