

Dit voert mij tot mijn eindconclusie: Verwerp het rapport in zijn geheel: door zijn talrijke onzinnige en onzindelijke passages haalt het de minimum kwaliteitsnormen niet. De regering doet er voorlopig goed aan om al hetgeen te bevorderen dat leidt tot een objectieve beoordeling van de huidige reguliere en niet-reguliere handelingen in de gezondheidszorg. Alles wat daartoe kan dienen behoort vergoed te worden uit de inkomsten van de ziektekostenverzekeringen. Met minder dan 10% van de som die gemoeid zal zijn met de introductie van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket kan een solide basis worden gelegd voor een zinnige discussie over wat wel en niet nuttig is voor de patiënt. Bovendien levert zo'n toetsing nog reële mogelijkheden op voor beperking van de uitgaven aan reguliere gezondheidszorg.

Literatuur: Commissie Alternatieve Geneeswijzen (1981) *Alternatieve Geneeswijzen*. Rapport uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage. – JONGH, D. K. DE (1943) *Critische beschouwingen over de homoeopathie*. Noord-Hollandse Uitg. Mij., Amsterdam. – MUNTENDAM, P. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 383. – ZWAVELING, A. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 392.

Rijswijk, maart 1981

D. W. VAN BEKKUM

De transplantatiecoördinator

De activiteiten van transplantatiecoördinatoren, zoals beschreven door VAN DER VLIET en KOOTSTRA (1980), zullen misschien helpen het tekort aan organen, speciaal nieren, voor transplantatie op te heffen. Maar de aanstelling van deze functionarissen ontheft specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen niet van de plicht zelf actief mee te werken aan de oplossing van het donorprobleem. De bespreking door Van der Vliet en Kootstra van de moeilijkheden, verbonden aan een donornefrectomie in een perifere kliniek, wekt wellicht onbedoeld de indruk van een onevenredig grote inspanning, die in redelijkheid niet van de daar werkzame dokters gevraagd kan worden. Deze indruk is niet juist. Hoewel wij de benodigde inspanning niet willen bagatelliseren, kunnen wij uit eigen ervaring verzekeren dat deze bij een goede organisatie en verdeling van de belasting over verschillende personen (verpleegkundige, anesthesist, elektro-neuroloog, internist, chirurg) zeker niet onaanvaardbaar groot is en vergelijkbaar met andere onverwachte en spoedeisende situaties, waarvoor ook tijd beschikbaar gemaakt moet (en kan) worden.

De oorzaken, waarom vanuit sommige grotere perifere ziekenhuizen die over voldoende mankracht en faciliteiten beschikken geen transplantatiedonoren worden aangeboden, zijn nooit onderzocht. Het is te hopen dat de transplantatiecoördinatoren samen zullen werken om deze oorzaken systematisch te analyseren en van hun bevindingen mededeling te doen.

Literatuur: VLIET, J. A. VAN DER en G. KOOTSTRA (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2009.

Enschede, december 1980

H. M. GREEBE
J. N. JAGER

J. G. M. JORDANS
Zr. A. J. M. VAN ROOIJ
J. F. VOORHUIS

Het is zeker niet onze bedoeling geweest een donornefrectomie in een perifeer ziekenhuis als een onevenredig grote inspanning te bestempelen. Dank zij enthousiasme en inzet van velen leveren de grote perifere ziekenhuizen een onmisbare bijdrage aan het aantal voor transplantatie beschikbare nieren. Toch moet het mogelijk zijn met het inschakelen van de transplantatiecoördinator in deze ziekenhuizen donornefrectomie te realiseren bij verschillende categorieën patiënten, bijvoorbeeld bij zogenaamde hartdode donors (VAN DER VLIET e.a. 1980) en neonati (KOOTSTRA e.a. 1978; VAN DER VLIET e.a. 1981), bij wie dit voorheen niet gebeurde. Bovendien kunnen vooral ook kleine perifere ziekenhuizen een aanzienlijke bijdrage leveren door het aanmelden van potentiële orgaandonors en (of) het verrichten van donornefrectomieën in samenwerking met de transplantatiecoördinator.

Het is een goede suggestie te onderzoeken waarom vanuit sommige perifere ziekenhuizen geen nieren voor transplantatie worden aangeboden. Dit onderzoek wordt op het ogenblik verricht door het Ministerie van Volksgezondheid te zamen met de Stichting Eurotransplant, terwijl ook de transplantatiecoördinatoren binnen hun regio zich inzetten voor het opheffen van belemmeringen.

Literatuur: KOOTSTRA, G., J. C. WEST, P. DRYBURGH e.a. (1978) *Surgery* 83, 333. – VLIET, J. A. VAN DER, G. KOOTSTRA, A. M. TEGZESS e.a. (1981) *T. Kindergeneesk.* ter perse. – VLIET, J. A. VAN DER, M. J. H. SLOOFF, G. KOOTSTRA e.a. (1980) *Proc. Eur. Dial. Transplant Ass.* ter perse.

Groningen,
Maastricht, februari 1981

G. KOOTSTRA
J. A. VAN DER VLIET

Icterus neonatorum, in ons land een verwaarloosde bedreiging?

Als huisarts die de praktische verloskunde beoefent, was ik extra geïnteresseerd in het artikel van LOMMEN en MEUWISSEN (1980). De zinsnede „Het toedekkend verwaarlozen van icterus neonatorum mag dan misschien wel begrijpelijk zijn, verantwoord is het zeker niet”, heeft ons (huisartsen en verloskundige te Krimpen a.d. IJssel) reeds 2 jaar geleden beziggehouden. Door een hielprik bij de baby vullen we drie capillairen. Deze capillairen worden aan weerszijden met „stopverf” gesloten en vervolgens in folie gerold; dit laatste om lichtinvloeden uit te sluiten. De vader of de kraamzuster brengt deze vervolgens binnen een uur naar het klinisch-chemisch laboratorium ter bepaling van het bilirubinegehalte. We krijgen dan telefonisch de uitslag, ook in het weekend. De voordelen zijn duidelijk: geen gesjouw met het kind, het opzetten van een icterusdienst is overbodig en last but not least krijgt men daardoor een verantwoord (niet toedekkend) beleid bij icterus neonatorum in de huispraktijk.

Literatuur: LOMMEN, E. J. O. en J. H. J. M. MEUWISSEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1233.

Krimpen aan de IJssel, januari 1981

F. P. M. J. GROENEVELD

Wij zijn collega Groeneveld erkentelijk voor de berichtgeving over de gang van zaken met betrekking tot icterus neonatorum in Krimpen aan de IJssel. Gaarne maken we