

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

van deze gelegenheid gebruik de plaatselijke verloskundige en huisartsen te complimenteren. Een voorbeeld dat navolging verdient!

Eindhoven, januari 1981

J. H. J. M. MEUWISSEN  
E. J. P. LOMMEN

De collegae LOMMEN en MEUWISSEN (1980) hebben in de jaren zeventig in Z.O.-Brabant een epidemische uitbreiding waargenomen van icterus neonatorum bij voldragen kinderen. Was het aantal voldragen kinderen met icterus neonatorum dat werd opgenomen in het St. Josephziekenhuis te Eindhoven vóór 1971 steeds minder dan 20 per jaar, in 1971 bedroeg dit aantal 30 en in de daaropvolgende jaren trad een vrijwel voortdurende stijging op, tot 119 per jaar in 1978 en 1979 (LOMMEN en MEUWISSEN tabel 4). In de 6 jaar van 1964 t.m. 1969 werden 85 kinderen met icterus neonatorum opgenomen, in hetzelfde aantal jaren van 1970 t.m. 1975 waren dit niet minder dan 320 kinderen. Een verklaring voor deze toename kunnen de auteurs niet geven, zij constateren deze slechts.

Door een gelukkige coincidentie – zo moeten wij de gedachtengang van Lommen en Meuwissen wel interpreteren – werd in het jaar voorafgaande aan dat waarin de epidemische uitbreiding van icterus neonatorum begon (1970), een nieuwe therapie voor deze aandoening ingevoerd, de fotherapie. In de periode 1970 – 1975 werden 320 voldragen kinderen daarmee behandeld. Dank zij deze therapie gelukte het het aantal wisseltransfusies bij voldragen kinderen in de periode 1970 t.m. 1975 niet of nauwelijks te doen stijgen in vergelijking met de daaraan voorafgaande periode (LOMMEN en MEUWISSEN, tabel 3).

Of zou wellicht ook een andere, eenvoudiger interpretatie van deze cijfers mogelijk zijn? Laten wij tabel 3 van Lommen en Meuwissen eens vergelijken met onze tabel 1 (DE LEEUW en TREFFERS 1980) over het aantal wisseltransfusies bij voldragen pasgeborenen in twee perioden, vóór en na de invoering van fotherapie. Bij ons veranderde de frequentie van wisseltransfusies nauwelijks, ondanks het behandelen van vele kinderen met fotherapie. (Ook bij ons werden na de invoering van de fotherapie meer kinderen met icterus op de afdeling neonatologie opgenomen.) Bij Lommen en Meuwissen steeg de frequentie van wisseltransfusies in zeer geringe mate, van 34 in de eerste periode tot 39 in de tweede, ondanks het feit dat in de tweede periode 320 kinderen fotherapie kregen. De cijfers uit Eindhoven komen dus overeen met de onze, en bevestigen onze stelling dat fotherapie bij voldragen pasgeborenen de frequentie van wisseltransfusies niet of nauwelijks beïnvloedt. Het opmerkelijke verschijnsel dat uit de cijfers van Lommen en Meuwissen zo duidelijk naar voren komt (en dat overeenstemt met onze eigen ervaring) is: tegelijk met het introduceren van een nieuwe therapie komt het patiëntenaanbod voor die therapie. Dit aanbod neemt gestadig toe, onafhankelijk van het antwoord op de vraag of de therapie naar objectieve maatstaven bezien effectief is. Het is daarom zaak een nieuwe therapie tijdig en zorgvuldig kritisch te toetsen; het medische bedrijf vertoont anders de neiging zijn werkzaamheden ongecontroleerd uit te breiden.

*Literatuur:* LEEUW, R. DE en P. E. TREFFERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2189. – LOMMEN, E. J. P. en J. H. M. MEUWISSEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2190.

Amsterdam, januari 1981

R. DE LEEUW  
P. E. TREFFERS

Het is niet altijd eenvoudig om aan een goede discussie een waardig slot te breien. We zijn met de collegae De Leeuw en Treffers van mening dat een nieuwe therapie tijdig en zorgvuldig getoetst dient te worden. Van de andere kant – en daar zullen onze Amsterdamse collegae het ongetwijfeld mee eens zijn – dient men tijdig de betekenis van icterus neonatorum voor de toekomstige ontwikkeling van het kind te overwegen. De geschiedenis van het storten van giftige stoffen op vuilnisbelten heeft ons in dit opzicht het een en ander geleerd; het gif ligt er al vele jaren en we hebben ons tot nu toe niet gerealiseerd dat het gevaarlijk kon zijn.

Met het schrijven van ons artikel hadden we de bedoeling om aan de hand van een bescheiden onderzoek aandacht te vragen voor icterus neonatorum. Mede dank zij de inspanningen van De Leeuw en Treffers lijkt deze opzet geslaagd. We zijn hun voor hun inspanningen en bijdrage zeer erkentelijk.

Eindhoven, februari 1981

J. H. J. M. MEUWISSEN  
E. J. P. LOMMEN

### *Alternatieve voedingen voor de gezonde zuigeling van 0-7 maanden*

Bij het artikel van collega SWAAK (1980) zou de volgende aanvulling nuttig kunnen zijn. Voor de vrouwen die hun baby's per se geen melk willen geven, kunnen de recepten voor ontwikkelingslanden wellicht nuttig zijn. Daar is meestal geen melk beschikbaar, of ze is te duur. Goede zuigelingenvoedingen kunnen daar samengesteld worden op basis van graanproducten en peulvruchten (bonen). Voorschriften hiervoor vindt men in:

M. CAMERON en Y. HOFVANDER (1976) *Manual on feeding infants and young children*. Protein Advisory Group of the United Nations System, New York.

Dietary management of young infants who are not adequately breast-fed (1980) *Food and Nutrition Bulletin* 2 no. 3, 41.

*Kindervoeding in tropen en sub-tropen*. Tropische Hygiëne, Onderafdeling Voeding. Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam.

*Literatuur:* SWAAK, A. J. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1967.

Zeist, januari 1981

R. LUYKEN

### *Persisterende foetale circulatie, vastgesteld door echocardiografisch contrastonderzoek*

Persisterende foetale circulatie (PFC) staat de laatste jaren in de belangstelling, en het is dan ook verheugend dat onlangs in het Tijdschrift hier aandacht aan werd besteed (CATS e.a. 1980). Het is echter nodig op enkele punten in te gaan.

1. Behalve hernia diaphragmatica (de chirurgische literatuur vermeldt vele goede onderzoeken op dit gebied) gaat ook een aantal medische toestanden min of meer regelmatig gepaard met PFC, zoals asfyxie, meconiumspiratie, „transient tachypnea of the newborn”, hyaliëne-membranenziekte, maar ook hypoglykemie, hypocalciëmie en neonatale shock. Het is van belang naar deze oorzaken te zoeken en ze adequaat te behandelen alvorens over te gaan tot toedienen van vasodilatoren als tolazoline. Vaak is een lichte hyperventilatie-behandeling, resulterend in afnemen