

voorbehandeling konden 21 oöcyten worden bevrucht; vierenveertig uur nadien bleken alle eicellen zich tot morfologische embryo's ontwikkeld te hebben. Embryo-overplaatsing leidde in twee gevallen tot een intacte zwangerschap. Het lijkt er dus op dat in vitro-bevruchting ook in gevallen waar de onvruchtbaarheid door immunologische factoren bij de vrouw veroorzaakt wordt, uitkomst kan bieden.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Yovich JL, Stranger JD, Kay D, Boettcher B. In vitro-fertilisation for oocytes from women with serum antisperm antibodies. *Lancet* 1984; i: 369.

J.H.J.M. MEUWISSEN

## Diversen

### *Zorgverlening en de plaats van de arts in het verpleeghuis*

Wat is de plaats van de arts in de zorg voor de chronische, veelal bejaarde patiënt in het verpleeghuis? Moet een arts de spil zijn? Deze vragen zijn onlangs het onderwerp geweest van een discussie, die werd geopend met de stelling van een Amerikaanse huisarts, dat artsen niet zijn opgeleid om zorg te verlenen aan de patiënt die chronisch verpleging behoeft.<sup>1</sup> In de medische opleiding immers wordt de aandacht gericht op diagnostiek en therapie, medische vaardigheden die voor de chronische, per definitie ongeneeslijke patiënt van beperkte waarde zijn. Pogingen de achtergebleven positie van de chronische patiënt door academische bemoeienis met het verpleeghuis te verbeteren, hebben geen goed resultaat gehad. De schrijfster stelt vervolgens dat de „levenskwaliteit” van de chronische patiënt niet wordt gediend met de (acute) geneeskunde (de technologische geneeskunde – referent). Daarom bepleit zij een meer bescheiden plaats voor de arts in het verpleeghuis, ten gunste van de psychosociale disciplines (verpleging, maatschappelijk werk e.d.). Vooral van geriatrische zijde is bezwaar gemaakt tegen deze stellingname. Diagnostiek bij de chronisch zieke bejaarde kan reversibele ziekteoorzaken opsporen. De positie van de arts in het verpleeghuis zwakker maken is verkeerd.<sup>2</sup>

Zijn de functies van diagnosticus-therapeut en van zorgverlener in het medische beroep in deze discussie niet te ver uiteengelegd? Zorgverlening zou men kunnen beschouwen als gericht op het subject (de patiënt) en het diagnostische en therapeutische werk als gericht op het object (de ziekte). In

vele disciplines van de geneeskunde geldt dat beide facetten van het geneeskundig handelen van invloed zijn op de uitkomst van dat handelen (bijvoorbeeld placebowerking, psychiatrische hulpverlening). In de revalidatiegeneeskunde onderscheidt men handelingsonbekwaamheid („disability”) – het objectief waarneembare defect –, en handicap – de beleving van een verminking.<sup>3</sup> De behandeling van een (revalidatie)arts kan niet beperkt blijven tot het verminderen van handelingsonbekwaamheid (bijvoorbeeld door een prothesevoorziening). Zorgverlening, de aandacht voor de persoon van de gehandicapte, is van belang voor de uitkomst van de revalidatie.

Welke inhoud kan men geven aan revalidatie en zorgverlening bij de chronische verpleeghuispatiënt. Revalidatie is bij de chronische patiënt haar eigenlijke doel, herstel van zelfstandigheid, ontnomen. In het algemeen wordt het handhaven van de status quo of het vertragen van achteruitgang het doel van revalidatie bij de chronische patiënt. De omschrijving van dit doel is vaag: de patiënt in het verpleeghuis is hulpbehoevend, een toestand, die zich weinig leent voor een omschrijving in objectieve en subjectieve aspecten. Hulpbehoevendheid is wel enigszins in maat en getal uit te drukken – het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) – maar niet een grootheid van een ziekte met een voorspelbaar beloop.<sup>4</sup> Hulpbehoevendheid is niet specifiek voor een ziekte, maar ook niet voor het karakter, de levensloop of de ziektebeleving van een persoon. Lichamelijke, psychische en sociale factoren in de hulpbehoevendheid van de verpleeghuispatiënt, analoog aan het ziektebegrip in de geriatrie, zijn met elkaar verbonden.

De consequentie van dit uitgangspunt is dat men in het verpleeghuis niet kan kiezen voor een zorgverleningsmodel, gericht op de zieke of een medisch diagnostisch-therapeutisch model gericht op de ziekte. De verpleeghuisarts moet in zijn beroepsuitoefening zijn functies van diagnosticus-therapeut én zorgverlener tot uiting brengen. Dát bepaalt de plaats van de arts in het verpleeghuis.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Gillick MR. Is the care of the chronically ill a medical prerogative. *N Engl J Med* 1984; 310: 190-3.

<sup>2</sup> Anonymus. Physicians and the care of chronically ill. *N Engl J Med* 1984; 310: 1467-8.

<sup>3</sup> Williams RS. Ability, disability and rehabilitation: a phenomenological description. *J Med Philos* 1984; 9: 93-112.

<sup>4</sup> Cluff LE. Chronic disease, function and the quality of care. *J Chron Dis* 1981; 34: 299-304.

J.M. VAN SCHAIK

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Bezoek van een oude vriend, paranoïde psychose bij chronische broomintoxicatie*

Twee weken na het verschijnen van de klinische les over een paranoïde psychose bij chronische broomintoxicatie (1984; 1929-30) zagen wij eveneens een patiënt met een chronische broomintoxicatie, een alleenstaande 50-jarige vrouw, die de laatste drie jaar regelmatig met migraine, slaapproblemen, vasovegetatieve klachten en contactec-

zeem aan de oogleden op het spreekuur was geweest. In die drie jaar werd ze achtereenvolgens medebehandeld door psycholoog, neuroloog en huidarts. Patiënte werd thuis bezocht, nadat ze twee dagen met duizeligheid, pijn ter hoogte van de larynx en buikpijn in bed had gelegen. Zwalkend, op weg naar de apotheek, was ze door omstanders opgevangen en naar huis gebracht.

Patiënte zei zich angstig en depressief te voelen, en ze vroeg zich af of de verschijnselen door een huismiddeltje

veroorzaakt konden zijn, waaraan ze dacht verslaafd te zijn. Het bleek dat patiënte sedert drie jaar onafgebroken 17 tabletten Rust-Al (per tablet 0,100 g bromisoval - 0,050 g valerianextract) per dag gebruikte. De laatste tijd nam ze iets meer. Sinds twee dagen had ze geen tabletten meer geslikt. Ze bleek vooral angstig voor eventuele onttrekkingsverschijnselen, reden waarom ze nu haar verslaving „bekende”. Behalve flunarizine 5 mg (Sibelium) en af en toe temazepam 10 mg (Normison) gebruikte ze geen medicijnen. Ze zei geen alcohol te gebruiken.

Bij onderzoek was er ataxie, dysartrie, bradyfrenie, sterke tremoren van de handen en hyperreflexie aan de benen. Er was geen nystagmus. Aan buik en hals werden geen afwijkingen vastgesteld, evenmin aan de huid. Er waren geen hallucinaties of wanen. Het viel haar zelf op dat ze weer dacht in het dialect uit haar kindertijd en erg veel moeite had de gewone Nederlandse woorden te vinden. Behalve intensieve begeleiding werden geen bijzondere therapeutische maatregelen genomen. De verschijnselen waren binnen een week verdwenen. De broomspiegels in het serum bedroegen 5, 10, 17, 24 dagen na het staken van Rust-Al resp. 1200 mg/l, 570 mg/l, 381 mg/l, 222 mg/l.

Ook deze ziektegeschiedenis als gevolg van drie jaar zelfmedicatie met een broomhoudend preparaat geeft steun aan de gedachte dat de vrije verkrijgbaarheid van broompreparaten moet worden herzien.

Zwolle, december 1984

J.L. TEN BERG

## Dunne-darmbloedingen door indometacine (Indosmos)?

In hun artikel gaan Van Soesbergen en Postuma aan de belangrijkste literatuurgegevens bij deze problemen voorbij (1984; bl. 2235-7). Kent et al. beschreven in 1969 reeds het ontstaan van ulceraties in jejunum en ileum na gebruik van indometacine.<sup>1</sup> Later bleken ook andere non-steroidal anti-inflammatoire compounds (NOSAC) zoals flufenaminezuur, ibuprofen, flubriprofen, fenylbutazon, naproxen en carbazol bij ratten multipole ulceraties in de dunne darm te kunnen veroorzaken, die vaak aanleiding gaven tot perforatie en peritonitis.<sup>2-5</sup> Vane suggereerde in 1971 naar aanleiding van de observatie, dat indometacine en acetylsalicylzuur (Aspirine) het prostaglandine-synthetasesysteem remden, dat een deficiëntie aan prostaglandine een rol zou kunnen spelen.<sup>6</sup> Robert constateerde dat verschillende prostaglandinen de ulceraties, in de dunne darm bij ratten door indometacine veroorzaakt, konden voorkomen.<sup>7</sup> Het lijkt derhalve zeer waarschijnlijk dat de ulceraties bij Indosmos beschreven ook via dit mechanisme ontstaan, waarbij ik de mogelijke werkingsmechanismen van prostaglandinen maar buiten beschouwing laat, aangezien dat in dit bestek te ver zou voeren. Suggestief hierbij is ook nog dat in enkele gevallen de Indosmos-dosules op de plaats van de perforatie werden aangetroffen, waar ze lokaal een ernstig prostaglandinetekort veroorzaakt kunnen hebben.<sup>8</sup>

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Kent TH, Cardelli RM, Stampler FW. Small intestinal ulcers and intestinal flora in rats given indomethacin. *Am J Pathol* 1969; 54: 237-49.
- <sup>2</sup> Robert A. Prostaglandins and the digestive system. In: Ramwell PW, ed. *The prostaglandins*. New York: Plenum, 1977; 3: 225-66.
- <sup>3</sup> Wax J, Clinger WA, Varner P, Bass P, Winder CV. Relationship of the enterohepatic cycle to ulcerogenesis in the rat small bowel with flufenamic acid. *Gastroenterology* 1970; 58: 772-80.

<sup>4</sup> Brodie DA, Cook PG, Bauer BJ, Dagle GE. Indomethacin - induced intestinal lesions in the rat. *Toxicol Appl Pharmacol* 1970; 17: 615-24.

<sup>5</sup> Fang WF, Broughton A, Jacobson ED. Indomethacin induced intestinal inflammation. *Am J Dig Disc* 1977; 22: 749-60.

<sup>6</sup> Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nature* 1971; 231: 232-5.

<sup>7</sup> Robert A. An intestinal disease produced experimentally by a prostaglandin deficiency. *Gastroenterology* 1975; 69: 1045-7.

<sup>8</sup> Day TK. Intestinal perforation associated with osmotic slow release indomethacin capsules. *Br Med J* 1983; 287: 1671-2.

Voorburg, december 1984

H. WALINGA

Wij zijn het met collega Walinga eens, dat indometacine bekend is wegens de bijwerkingen als prostaglandinesyntheseremmer. Dit vindt men ook beschreven in de bijsluiters en reviewartikelen. Dit leek ons genoegzaam bekend. In het kader van deze melding wilden wij ook niet zozeer op de bijwerkingen van indometacine ingaan, maar meer op de rol van de Indosmos-dosule, die door zijn functie aanleiding kan geven tot een zeer lokale toediening van een „daardoor hoge” dosis aan de darmwand. Wij hebben het vermoeden, dat er waarschijnlijk meermalen bijwerkingen van Indosmos zijn opgetreden, maar dat er geen melding van is gemaakt; evenals er te weinig meldingen geschieden van de bekende bijwerkingen van indometacine, hetgeen een betreurenswaardig feit is.

Amsterdam, december 1984

R.M. VAN SOESBERGEN  
H.S. POSTUMA

## Het failliet van de anticonceptie?

Collega Wibaut verwoordt op overtuigende wijze de indruk van veel huisartsen, gynaecologen en seksuologen, dat er bij vrouwen een groeiende aversie is tegen moderne anticonceptieve middelen (1984; bl. 2349-53). Hij deinst niet terug voor krachtige uitspraken, zoals „Vrouwen met veel klachten over anticonceptie hebben gewoonlijk weinig waardering voor seksualiteit”; „er is geen verband aangehouden tussen het gebruik van IUD's en het optreden van extra-uteriene zwangerschappen”; . . . „inmiddels is dat aantal gestegen tot boven de 2300, nog steeds met 100% effectiviteit”. Aan het eind van zijn artikel doet Wibaut echter een uitspraak die hij niet kan waarmaken en een literatuurverwijzing ontbreekt hier dan ook, nl. dat het in de mode blijft om in de populaire weekbladen vooral negatieve aandacht aan anticonceptie te besteden.

Wat verstaat hij onder „de populaire weekbladen”? Het is jammer dat hij dit niet nader preciseert. Ik neem aan dat hij hiertoe ook rekent de grote, speciaal op vrouwen gerichte weekbladen zoals Libelle, Margriet en Viva, waarin juist veel en vaak wordt geschreven over anticonceptie. Zelf ben ik verantwoordelijk voor een groot deel van de medische informatie die in Margriet wordt gepubliceerd. Bladerend door enkele jaargangen heb ik geteld dat ik tussen januari 1977 en december 1984 zesenvijftig keer expliciet over moderne anticonceptieve middelen heb geschreven. Ik heb daarbij niet één keer „negatieve aandacht” aan dit onderwerp besteed, misschien ben ik soms zelfs te „positief” geweest.<sup>14</sup> Dat ook in Libelle en Viva, zeker de laatste jaren, op positieve wijze over anticonceptie wordt geschreven, moge blijken uit het feit dat zowel het Libelle-boekje „100 vragen over de pil” als het Viva-voorlichtingsboekje „Veilig vrijen” mede door de firma Schering wordt verspreid. Ik neem aan dat deze firma dit niet zou doen als de moderne anticonceptie in genoemde publikaties negatief zou worden afgeschilderd. Artsen heb-