

vens belangrijke aanwijzingen kunnen worden verkregen over de vraag of en in hoeverre, de studiegroepen medische psychologie in dit opzicht een eigen bijdrage leveren.

Voor de verzameling van de gegevens is een aantal beoordelingsformulieren samengesteld die binnenkort aan de hieronder te vermelden groepen artsen zullen worden toegezonden, met het verzoek deze formulieren in te vullen. Gebleken is dat hiermede niet meer dan twintig minuten zijn gemoeid. De formulieren zijn anoniem: om verwerkings-technische redenen zijn zij voorzien van een code-nummer. Zij zullen worden toegezonden aan alle artsen die deelnemen of hebben deelgenomen aan een studiegroep medische psychologie en verder aan een overeenkomstige groep artsen die geen lid is geweest van een dergelijke studiegroep. Deze laatste groepering zal uiteraard het karakter dragen van een voor dit doel samengestelde steekproef. Dit houdt dus in dat de formulieren al bij al slechts aan een beperkt aantal artsen in Nederland zullen worden verzonden.

Uiteraard is het bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde bekend dat er goede redenen moeten zijn voordat het verantwoord is druk bezette artsen te vragen tijd beschikbaar te stellen voor medewerking aan een onder-

zoek. Ondergetekenden menen dat de onderhavige studie zo belangrijk is voor de gehele artsenstand dat het verantwoord is de benodigde tijd aan de artsen te vragen. De onderzoekers zijn zich er van bewust dat hiermee de verplichting op hen rust om met name ook aan degenen die hun medewerking verleenden, verslag uit te brengen over de resultaten van het onderzoek, en verantwoording af te leggen ten aanzien van de gebezigde technieken.

De onderstaanden bevelen het onderzoek aan in uw blangstelling en roepen u op tot het geven van uw medewerking indien u daartoe wordt benaderd.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, Voorzitter: Prof. Dr. W. H. Struben

Nederlands Huisartsen Instituut, Directeur: Prof. Dr. J. C. van Es

Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, Directeur: Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen

Nederlands Huisartsen Genootschap, Voorzitter: Dr. F. J. A. Huygen

De afdeling Voorlichting van het Nederlands Huisartsen-Instituut

DOOR DR. W. BROUWER, MEDEWERKER N.H.I.

Reeds vanaf het moment dat het N.H.I. zijn werkzaamheden begon, stond ons de oprichting van een voorlichtingsafdeling voor ogen. Toen het Instituut op 22 april 1965 door H.K.H. Prinses Beatrix werd geopend, was de voorlichtingsruimte als zodanig gereed, maar nog slechts schaars gevuld met voorlichtingsmateriaal. Dat wij niet geheel met lege handen stonden was vooral te danken aan de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze commissie had reeds diverse rapporten samengesteld en relaties aangeknoopt met een aantal adviseurs en firma's op medisch gebied. Van deze situatie kon bij de oprichting van de voorlichtingsafdeling een nuttig gebruik worden gemaakt. Het resultaat was, dat reeds spoedig althans enig instrumentarium, laboratoriumuitrusting, enkele sterilisatoren en administratiebenodigdheden ter beschikking stonden.

Toen op 1 september 1965 mevrouw Veder-Dussenbroek in een part-time functie als voorlichtingsdeskundige in dienst van het N.H.I. trad, kon het verzamelen van meer gevarieerd voorlichtingsmateriaal ter hand worden genomen. Tevens kon toen met behulp van de adviseurs K. G. H. H. Doyle en

Ir. C. de Wit geleidelijk een begin worden gemaakt met het geven van voorlichting inzake praktijkbouw, -verbouwing, -inrichting en praktijkvoering. Het was al spoedig duidelijk, dat de twee dagen, die mevrouw Veder maximaal ter beschikking van het N.H.I. kon stellen lang niet voldoende waren. Daarom werd besloten nog te wachten met het officieel aankondigen van deze afdeling. Nu echter op 1 februari 1967 mejuffrouw M. M. A. Gerritsen, binnenhuisarchitecte, in dienst van ons instituut is getreden, zijn de mogelijkheden aanzienlijk groter geworden, zodat wij thans menen de N.H.I.-afdeling Voorlichting onder de aandacht van de huisartsen en aanstaande huisartsen te moeten brengen.

Met deze afdeling wordt beoogd: a. Het geven van advies inzake praktijkbouw en -verbouwing (de aanvragen worden in het algemeen zowel door de efficiency expert als door de architect beoordeeld). b. Het geven van advies inzake praktijkinrichting en praktijkvoering (beoordeling vooral door de efficiency expert). c. Het geven van advies inzake instrumentarium, laboratoriumuitrusting, sterilisatie

van instrumenten, gebruik van verbandmiddelen en praktijkadministratie. d. Het voortdurend verzamelen en samenstellen van documentatiemateriaal op al deze gebieden teneinde huisartsen in staat te stellen in onze voorlichtingsruimte dit verzamelde documentatiemateriaal te bezichtigen en tevens met de daar aanwezige voorlichtingsdeskundige van gedachten te wisselen. e. Het vervaardigen en aan huisartsen ter beschikking stellen van voorlichtingsmateriaal ten behoeve van patiënten. f. Het verzamelen en aan huisartsen ter beschikking stellen van door andere instituten samengesteld voorlichtingsmateriaal.

De afdeling Voorlichting is uiteraard speciaal bedoeld voor de huisarts en de aanstaande huisarts. De genoemde adviezen worden zowel schriftelijk als mondeling gegeven. Aangezien de adviseurs voor het geven van aanbevelingen over een aantal gegevens moeten beschikken, krijgt iedereen

die een advies aanvraagt een formulier toegevoerd, waarop hij de nodige inlichtingen kan invullen en zijn verzoek nader kan toelichten. Wij hopen dat met deze afdeling een positieve bijdrage zal worden geleverd aan de praktijkvoering en de praktijkuitoefening van de huisarts. Het begin is er.

Gedurende het jaar 1966 werden ongeveer 350 adviezen gegeven, terwijl omstreeks 450 artsen gebruik maakten van het door het N.H.I. uitgegeven voorlichtingsmateriaal ten behoeve van patiënten. Men diene echter te bedenken dat de afdeling nog in de kinderschoenen staat. Daarom zullen wij graag op allerlei gebied suggesties ontvangen, teneinde mede daardoor onze voorlichtingsafdeling te kunnen maken tot een volwaardig voorlichtingsapparaat, waar men op bovengenoemde gebieden alles kan vinden en vernemen wat voor de huisarts de moeite van het zoeken en vragen waard is.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

66-06. *Ictères du nouveau-né*. Clément, R. (1965) Presse méd. 73, 2433 en 2493.

Geelzucht komt bij pasgeborenen gedurende de eerste zes levensweken veel voor. Meestal is het verloop van de aandoening goedaardig. Bij sommige vormen van geelzucht kunnen echter in enkele uren dodelijke of blijvende beschadigingen van de hersenen plaats vinden door teveel galkleurstof in het bloed; bij andere vormen ontstaat na enige weken levercirrose. Het is nuttig zich telkens weer de verschillende ontstaanswijzen van icterus bij pasgeborenen te realiseren.

De icterus neonatorum, de „fysiologische” icterus, begint op de tweede of derde dag na de geboorte en is na twee weken verdwenen. Ongeveer de helft van de neonati en alle prematuren vertonen deze geelzucht. In het bloed is het bilirubinegehalte verhoogd; men vindt allen ongeconjugeerde bilirubine; de verhoging is ongevaarlijk. De urine bevat geen galkleurstof, de ontlasting heeft een normale kleur. Men neemt als oorzaak van de fysiologische geelzucht aan, een nog onvolkomen zijn van het enzymatische conjugatieproces in de levercellen, waardoor indirecte bilirubine moet worden omgezet in het oplosbare directe bilirubine.

De icterus gravis van Crigler-Najjar is een erfelijke ziekte, die berust op het ontbreken van het enzym glucuronyltransferase, nodig voor de overbrenging van glucuronzuur naar de galkleurstof. De patiëntjes worden normaal en à terme geboren. De geelzucht ontstaat na drie tot zeven dagen. Lever en milt zijn niet vergroot; geen bilirubinurie, normale faeces. De icterus is snel progressief, zodat in korte tijd het gevaarlijke bilirubinegehalte van 18-20 mg procent wordt bereikt. Somnolentie, hypertonie, borende bewegingen met achterhoofd, sliktstoornissen en convulsies tonen, dat kernicterus is ontstaan. Ook hier alleen indirect reagerend bilirubine in het bloed. De leverfunctieproeven zijn weinig gestoord. De prognose is slecht. Het ontstaan van kernicterus is te voorkomen door herhaalde wisseltransfusies gedurende de eerste drie weken, waarna de bloed-liquorbarrière ondoorgankelijk wordt voor ongeconjugeerde bilirubine.

Enzymdeficiënties van de rode bloedlichaampjes kunnen

geelzucht bij zuigelingen doen ontstaan. Het bekendst is de deficiëntie van glucose-6-fosfaatdehydrogenase, waardoor de fragiliteit van de rode bloedlichaampjes sterk wordt verhoogd. De aandoening is erfelijk en gebonden aan het X chromosoom. De deficiëntie wordt vooral gevonden in de landen rond de Middellandse Zee, maar komt ook overal elders voor. De hemolytische crises met icterus en anemie worden vaak geprovoceerd door externe factoren: vitamine K, gegeven aan de moeder of aan de zuigeling, Primaquin, sommige sulfapreparaten, tuinbonen gegeten door de zogende.

Sommige medicamenten zoals sulfapreparaten, welke glucuronzuur ter uitscheiding behoeven, kunnen door competitie met bilirubine icterus doen ontstaan.

De glucuronyltransferase-activiteit kan verminderd worden door anoxie, infectie, misschien door ondertemperatuur en hypothyroidie.

Men heeft icterus beschreven bij borstkinderen, veroorzaakt door een steroid in de moedermelk, pregnane-3(alpha), 20(beta)-diol. Het transferase werd door dit steroid geïnactiveerd.

Galactose- en fructose-intolerantie kunnen icterus veroorzaken. Spoedige opsporing van deze oorzaak is van belang, omdat genezing door voedingsverandering dan mogelijk is.

De chronische idiopatische icterus van Dublin-Johnson is een erfelijke anomalie. De levercellen zijn niet in staat geconjugeerd bilirubine uit te scheiden. De ziekte is goedaardig: wisselende, matige geelzucht, grote lever, perioden van anorexie, misselijkheid en braken.

Bij de hemolytische icterus wordt de hyperbilirubinemie veroorzaakt door vermeerderde bloedaafbraak. Er wordt dan meer bilirubine aangeboden dan de goed functionerende lever kan uitscheiden. De icterus bij de congenitale sferocytose is meestal licht, geen bilirubinurie, gekleurde faeces.

De hemolytische icterus, welke bij foeto-maternaal bloedgroepantagonisme ontstaat, is ernstig en bereikt spoedig het kritieke punt, waarop kernicterus optreedt. Vroegtijdige en herhaalde bilirubinegehaltebepalingen, met zo nodig wisseltransfusies, zijn nodig ter bestrijding. Bepalingen van het agglutinegehalte in het moederlijke bloed zijn, ter voor-