

zo eerlijk mogelijk een mening over deze avonden weer te geven, laten zich moeilijk samenvatten. Vaak kwamen de woorden nuttig en leerzaam voor, doch ook gezellig, fantastisch, mooi, zeer geslaagd, zeer goed, leuk, interessant, prachtig, goed. Ook werd opgemerkt: er werd iets te veel gelachen, alleen de eerste avond te veel moeilijke woorden, van zeer groot belang voor al mijn leeftijdgenoten. Sommigen betuigden tevens hun dank en moedigden aan om hiermee door te gaan, anderen vroegen een soort herhalingscursus. Vooral deze laatste vraag raakt een belangrijk punt.

Hoewel dus slechts tweederde van de cursisten de vragenlijsten terugbracht zijn hun reacties wel zeer positief. Toch moet het streven blijven de sexuele voorlichting als taak van de ouders te zien en men kan slechts hopen, dat deze jongeren het er straks als ouders beter af zullen brengen dan hun ouders nu. Deze voorlichtingsavonden kunnen daar mogelijk iets toe hebben bijgedragen. Naar aanleiding

van deze avonden is ook in de gezinnen het onderwerp ter sprake gekomen, wat onder andere bleek uit een antwoord op vraag 8 van een meisje: „Heb veel geleerd wat ook mijn moeder niet wist. Daar ik thuis veel vertelde heeft m'n moeder ook nog heel wat opgedaan.”

Tenslotte: Is een dergelijke organisatie ook mogelijk in plaatsen met meer huisartsen? Het lijkt niet goed mogelijk dat één zich als sexuele voorlichter opwerpt, daar dit een bepaalde band ook met niet-patiënten schept. Dergelijke avonden zouden dan beter door een ter plaatse niet praktizerende arts kunnen worden gegeven. Wel lijkt het mij van belang, dat verzoeken van allerlei jeugdverenigingen aan een arts om sexuele voorlichting te geven, zoveel mogelijk worden ingewilligd en dat biologieleraren van middelbare scholen overwegen in hoeverre zij tijdens hun lessen een taak hebben op dit gebied.

CASUÏSTIEK

*Een specialistisch consult aan huis**

Naar de bioscoop ga ik vrijwel nooit, maar kortgeleden vertoefde ik dan toch in een dergelijke inrichting. Ik zag een film, die grote menselijke problemen op boeiende wijze behandelde en moet erkennen zeer onder de indruk te zijn geraakt. De waarheid gebiedt zelfs te zeggen, dat het eigen vak mij — teruggaande naar mijn woning—verre stond. Uiteraard in 't geheel niet bewust hiervan was de huisarts, die mij, kort na mijn thuiskomst, opbelde. Al eerder op de avond had hij mij nodig gehad, doch hij had, vernemend waar ik verbleef, niet willen storen. Maar nu moest hij mij toch deelgenoot maken van de zorgen over een zijner patiënten, een 24-jarige vrouw, die sinds veertien dagen melena had en zich daarover zeer ongerust maakte.

De huisarts gedroeg zich heel tactvol. Hij vroeg mij niet de zieke te gaan zien, maar deelde wel terloops mede, dat de vrouw in mijn buurt woonde en een bemoedigend woord op korte termijn erg op prijs zou stellen. Wat hij bedoelde, was dus wel duidelijk. Aan consulten aan huis heb ik een hekel! Zij kosten veel tijd en sturen de werkzaamheden meestal ernstig in de war. Zoiets moet en kan worden aanvaard, wanneer men de overtuiging heeft, dat dit ook van nut is. Dit laatste nu betwijfel ik dikwijls. In mijn specialisme, de chirurgie, gaat het veelal om de beoordeling van buikaandoeningen of van traumatische letsels. Bij de buikaandoeningen wordt de

vraag gesteld, of een laparotomie nodig is. Een antwoord kan worden gegeven, maar luidt dit ontkenkend, dan volgt vrijwel steeds het advies om de zieke toch maar op te nemen. Men weet immers nooit, hoe de toestand zich verder zal ontwikkelen. Bij traumata wordt gevraagd, of het letsel misschien een fractuur heeft veroorzaakt. Ook deze vraag kan veelal worden beantwoord, maar toch wordt dikwijls een röntgenonderzoek ter bevestiging van de diagnose aangesloten. In de grote meerderheid der gevallen — ik spreek over chirurgische consulten, hoe het met de andere vakken staat weet ik niet — vindt een vervoer naar het ziekenhuis toch plaats en dit maakt de waarde van ons bezoek aan huis twijfelachtig.

Gelukkig delen de meeste huisartsen deze overwegingen, zodat althans in onze omgeving consulten aan huis niet veelvuldig voorkomen. Toch behoren zij niet tot de uitzonderingen en in de loop der jaren is wel gebleken, dat het verzoek aan de specialist in consult te komen niet uitsluitend met de aard van de kwaal samenhangt. Dikwijls is een bepaalde achtergrond aanwezig. Ik wil proberen deze eens te belichten.

Vast staat, dat een specialist in vroegere jaren heel wat vaker bij de zieken aan huis werd geroepen. De bevolking was toen nog niet zo massaal verzekerd. Dit betekende, dat het ziekenhuisverblijf voor velen grote kosten met zich zou brengen. Dus was het nuttig, wanneer de specialist ten huize van de zieke bestelde, of een opname inderdaad noodzakelijk was. Het was trouwens ook een tijd, waarin het lichame-

* Dit artikel van de hand van een algemeen chirurg sluit aan bij het hoofdartikel „Het consult aan huis” (1961) Medisch Contact 16, 183. De lezing daarvan bevelen wij ten zeerste aan — redactiecommissie.

lijk onderzoek heel wat meer waarde had en men op grond daarvan een behandeling kon aanraden, die ook ten huize van de zieke was in te stellen.

Van deze voor die vroegere jaren begrijpelijke gang van zaken is iets blijven hangen. Een enkele oudere huisarts vindt het ook nu nog gewoon, dat aan een — door hem reeds noodzakelijk geachte — opname een bezoek van de specialist bij de patiënt aan huis vooraf gaat. Ik geloof, dat de meesten onzer aan deze wens gaarne voldoen. Niet dat wij het nuttig effect van ons bezoek hoog aanslaan, maar wel is er iets anders. Het gaat om een bijzonder soort huisarts. Een man, die niet volstaat met de afgifte van een „consultkaart” of die door een familielid ons een receptenpapiertje laat tonen, waarop de noodzaak van ons bezoek al dan niet staat omschreven. Neen, het is de man, die prijs stelt op een consult in zijn aanwezigheid en die ook in het daarop volgende beraad wenst te worden betrokken.

Tegenover deze ouderwetse en veelal bejaarde huisarts staan de jeugdige, nog niet zo lang gevestigde collegae. Sommigen van hen zijn in den beginne wat onzeker en hebben behoefte aan steun. Anderen kunnen het wel zonder steun, maar willen bij de opbouw van hun praktijk tonen hoezeer zij er op uit zijn hun zieken elke denkbare dienst te bewijzen. Ik geloof, dat specialisten goed doen hiervoor begrip te hebben; zeker geldt dit voor de eerste groep. Maar ook is daar de huisarts, die een zeker genoegen er in schijnt te hebben de specialist wat te laten „draven”. Hij behoort tot de uitzonderingen en over zijn beweegredenen wil ik dan ook niet uitweiden. Het zij genoeg, wanneer ik zeg, dat een zekere afgunst op het leven van de specialist mij aan zijn instelling niet vreemd lijkt. Tegelijk moet ik toegeven, dat ik er heb gekend, die ook zichzelf zeer als „dravers” onderscheidden. Zo blijft de mogelijkheid open, dat de door hen gestelde — en voor de specialist dikwijls oninvoelbare — eisen op andere en betere motieven berusten.

Intussen gaat het verzoek een specialist aan huis te krijgen niet altijd van de huisarts uit. Dikwijls is het de zieke of de familie, die hierop aandringt. Maar ook komt het voor, dat zieken menen rechten op ons te kunnen laten gelden. Ik doel op zieken, die menen de arts — zowel de huisarts als de specialist — te hunner beschikking te hebben in een soort dienstverband, dat berust op de door hen betaalde ziekenfondspremie. Maar men ontmoet ook de enkeling, die zich laat voorstaan op het feit, dat hij niet bij een ziekenfonds is aangesloten en die meent, onder het motto „ik betaal er immers zelf voor”, van zijn arts elke dienst te kunnen eisen.

Maar nu keer ik terug naar onze patiënte met sinds twee weken melena. Op die avond stond mijn hoofd minder dan ooit naar een bezoek aan huis. Ik besloot te trachten mij aan deze taak te onttrekken. Om te beginnen vroeg ik, hoe de algemene toestand was. Deze bleek voortreffelijk. Dit maakte een slimme zet mogelijk. Melena — zo sprak ik tot de huis-

arts — kan tal van oorzaken hebben. Zoiets moet worden uitgezocht en dit lijkt mij werk voor de internist! Deze vlieger ging niet op! Dat kan waar zijn — kreeg ik te horen — maar vóór haar huwelijk heb jij bij deze vrouw de blindedarm verwijderd en juist in jou heeft zij alle vertrouwen.

Hoe heerlijk is het zo te worden geprezen, maar hoe weinig paste mij dit op dat ogenblik! Ik gaf het nog niet op en trachtte, al telefonierend, „de achtergrond” te doorgronden. De huisarts was niet bejaard en evenmin zeer jeugdig. Onze verhouding was goed en ook van onzekerheid in optreden was mij nooit iets gebleken. Maar waarom dan dit zo weinig nut belovende consult aan huis? De huisarts had gezegd, dat de zieke in mijn nabijheid woonde. Dit feit leek mij van belang: zij zou dus wel tot die veeleisende „particulieren” behoren. Ik wist het nu met zekerheid . . . gaan zou ik niet.

Ik deed een tegenvoorstel. Ik wees er op, dat ik ten huize van de zieke in dit avonduur toch niets zou kunnen doen en dat ik haar liever in het ziekenhuis ontving. Daaraan voegde ik toe, dat ik bereid was haar de volgende morgen buiten het spreekuur tussen twee operaties te zien. Dit laatste leek mij zeer tactisch. Op deze wijze kreeg de zieke immers de vermoedelijk door haar zo begeerde extra service en was het te verwachten, dat dit mijn in gebreke blijven wat zou verzachten. Mijn vermoeden bleek juist. De huisarts toonde zich tevreden en meende, dat deze oplossing ook de zieke zou voldoen.

Zo leek alles goed geregeld, maar, zoals dat gaat, ikzelf was niet geheel tevreden. Enige schuldgevoelens had ik wel! Dit maakte, dat ik mij de volgende dag onverwijld naar mijn spreekkamer spoedde, nadat mij de komst van patiënte was bericht, en ik besloot haar thans alle denkbare service te geven.

In de onderzoekkamer trof ik een piepjong mevrouwte aan, dat door haar al even jeugdige echtgenoot werd begeleid. Terstond werd een aantal feiten duidelijk. De algemene toestand van mevrouw was inderdaad voortreffelijk. Zij zag er bloeiend uit. Tevens werd duidelijk, dat mijn „sociale diagnose” juist was geweest. Maar in één opzicht had ik mij vergist. Niet een zakelijke en harde instelling had de huisarts onder druk gezet, maar een overmatige, ja roerende zorg van de echtgenoot. Het paar bleek nog niet lang gehuwd en heel wat emoties waren kort tevoren verwerkt. Hun eerste kind was namelijk geboren. Alles was goed gegaan, maar moeilijk was het wel geweest! En nu dan dat ongerustheid te weegbrengende verschijnsel van darmbloedingen! Bijzondere klachten had de vrouw gelukkig niet, maar er moest toch iets niet in orde zijn.

Al deze inlichtingen kreeg ik niet van de zieke zelf, maar van haar man. Gedurende het samenzijn zei patiënte niets, en zat zij maar vriendelijk te kijken. Haar man voerde het woord en beantwoordde alle vragen — zelfs vragen, die de excretorische functies van zijn vrouw betroffen — op nauwkeurige wijze. Ik ging over tot het onderzoek en vond niets. Na het rectale toucher leerde de bezichtiging van de hand-

schoen echter, dat inderdaad teer-faeces in het rectum aanwezig was. Hier moest dus iets worden gedaan!

Ik besloot het echtpaar op de noodzaak van een klinisch onderzoek voor te bereiden. In mijn zucht naar dienstbetoon en overwegende, dat juist zij dit wel zeer zouden waarderen, deed ik iets, wat ik eigenlijk nooit doe: ik nam een papiertje en schetste de tractus digestivus. Vervolgens gaf ik aan, op welke plaatsen de bron van een bloeding kon zijn gelegen. Zo kwam ik van de varices oesophagi via het ulcus ventriculi en duodeni bij de poliepen van de dunne darm terecht en naderde het coecum. Op dat ogenblik bleek, welk een invloed er van dit „zorg eisen-de” paartje uitging. Juist toen ik overwoog, of ik ook de divertikels in mijn betoog zou betrekken, zei de echtgenoot: ja, de huisarts heeft ook al zo'n rijtje gemaakt en dáár zit dan het divertikel van Meckel! Met stomheid geslagen haastte ik mij thans tot daden te komen. Ik deelde mede aan de internist te zullen vragen, of hij aan een spoedig onderzoek wilde meewerken. Men ging akkoord. Een onzer internisten trof ik in gesprek met zijn hoofdzuster en beiden legde ik de situatie uit. Ik vroeg, of zij deze zieke onverwijld onder hun hoede konden nemen. Zoals steeds bleek men mij behulpzaam te zijn: de volgende dag zou er op de klasse-afdeling een bed vrij komen en gezien „deze bijzondere omstandigheden” mocht mijn zieke dit bed hebben. Aldus geschiedde en het was precies 24 uur later, toen de internist mij in de gang staande hield. „Je patiënte met melena is gekomen”, zei hij. „Wist je, dat zij pas een baby had gekregen? En wist je, dat zij zich daarna wat slap voelde en op aanraden van de huisarts tot vandaag toe een ijzerdrank slikte? Haar melena is geen melena en straks keert zij naar huis terug”

Een verhaal als dit heeft natuurlijk een moraal. Ja,

in dit geval zijn er zelfs verschillende „moralen”. Ik wil deze opnoemen.

Zwarte ontlasting kan worden veroorzaakt door ijzer, sommige rode wijnsoorten, bismuthzouten (Roter tabletten!), norit en is geheel te vergelijken met de „hematurie”, die door bieten, antipyrine, pyramidon, phenothiazine, istizine, cascara en dergelijke wordt verwekt. Ieder is hiervan op de hoogte, maar men moet zulke rijtjes onder alle omstandigheden in het hoofd hebben. Onder alle omstandigheden, dus ook wanneer gedragingen van de zieke of de omgeving het verleidelijk maken om eerder aan iets ernstigs te denken. Dit geldt zowel de huisarts als de specialist.

Er is echter ook een moraal, die in het bijzonder de specialist geldt. Ikzelf had geen moment aan deze oorzaak van „teer-faeces” gedacht. Waarom niet? Omdat ik mij in een situatie had gebracht, waarbij mijn verstandelijke vermogens ietwat waren geremd en ik mij te veel door „gevoelens” liet leiden. Ik meende iets goed te maken te hebben en dit voerde mij tot een overhaast en volmaakt overbodig besluit. De les ligt voor de hand. Telkens wanneer wij van een huisarts het verzoek krijgen in consult te gaan, doen wij goed aan dit verzoek zonder meer te voldoen, en onafhankelijk van de achtergrond! Aangenaam is het, wanneer deze aan ons wordt medegedeeld, maar gebeurt dit niet, dan zal deze later heus wel duidelijk worden. Dit dan is de les, die ikzelf uit dit ziektegeval heb getrokken. Op dit ogenblik ben ik voornemens mij in de toekomst door niets, ook niet door een bioscoopbezoek, van de vervulling van mijn plichten te laten weerhouden, maar tevens hoop ik, dat de huisartsen zuinig zullen zijn met hun verzoek ergens in consult te gaan. En mocht het beslist nodig zijn, laten zij dan de specialist ten volle op de hoogte stellen van hun eigen overwegingen.

Borstvoeding

DOOR N. BESSEM, HUISARTS TE TWELLO

In ons land wordt borstvoeding beschouwd als de beste voeding voor zuigelingen. Er bestaat echter geen eenstemmigheid over de zorg voor de borsten gedurende de zwangerschap en lactatie. In het kraamcentrum voor Zuidwest Overijssel wordt reeds jaren veel aandacht besteed aan tepelmisvormingen als oorzaak voor het mislukken van de borstvoeding. Men gebruikt er ter behandeling van ingetrokken tepels „breastshields”. Daar er bij de leiding van dit kraamcentrum vragen waren gerezen over deze borstglaasjes, bracht ik een bezoek aan de bakermat van deze glaasjes, The British Hospital for Mothers and Babies in Woolwich, Zuidoost Londen. In deze vroedvrouwenschool met 73 bedden, met een staf kraamverpleegsters, is onder leiding van de nu over-

leden kinderarts *Waller* een methode uitgewerkt om borstvoeding te bevorderen en in stand te houden. Hierover is geschreven in (1951) Tijdschrift voor Ziekenverpleging 4, 82 door zuster Engelkes, terwijl men in hetzelfde tijdschrift (1956) 9, 270 van de hand van zuster A. Kuiper een verslag vindt van de toepassing van „borstglaasjes” in het kraamcentrum Zuidwest Overijssel.

Waller is uitgegaan van de mislukte borstvoedingen. Mislukkingen, te wijten aan ziekte van moeder of kind, zorgen, moeilijkheden of onwil, zijn moeilijk te beïnvloeden. Anders is het bij de grote groep mislukkingen die berusten op „slechte” tepels, zogstuwing, tepelkloven en -zweren en borstontsteking. Men ziet dan vaak volop voeding in de eerste da-