

kundige Bureaus, bureaus voor levens- en huwelijks-moeilijkheden, enzovoort. Hulp en voorlichting van gezinssociologen, sociaal-psychologen en sociaal-psychiaters lijkt bijzonder gewenst. Deze deskundigen zijn helaas schaars en moeilijk bereikbaar. Wanneer men zich echter tot beperkt doel stelt de hulp, die thans reeds van verschillende kanten aan onze gezinnen wordt geboden, te coördineren om de effectiviteit hiervan te vergroten, kan er, dunkt mij, door een dergelijk „home-team” toch veel worden bereikt ter versterking van het thuisfront.

Een vast „home-team” zal zich mogelijk het gemakkelijkst kunnen vormen en ook het best kunnen groeien en opereren binnen het kader van een bestaande, overkoepelende organisatie als bijvoorbeeld een parochieel of diaconaal centrum. Men zal dan de geestelijken eerder mee krijgen, terwijl het grote voordelen heeft, wanneer men is verzekerd van de steun van de opdrachtgevers van de maatschappelijk werkenden. De inbreng van de kant van

het maatschappelijk werk, die uiterst belangrijk is, zal zo misschien het best kunnen worden geëffectueerd. Er laten zich echter ook andere mogelijkheden als kader denken, bijvoorbeeld een Kruisvereniging.

Wanneer de hierboven ontwikkelde ideeën levensvatbaar blijken en er zich in de toekomst inderdaad vele „home-teams” vormen, kan men zich voorstellen dat er een adviesmogelijkheid wordt geschapen in de vorm van raden van gespecialiseerde deskundigen met voornamelijk consultatieve functie, waarop de „home-teams” een beroep zouden kunnen doen. Misschien kan iemand met meer organisatorische ervaring zijn licht eens doen schijnen over dergelijke kwesties. Het lijkt mij in elk geval gewenst, dat er een uitwisseling van gedachten plaatsvindt tussen hen, die reeds met anderen in de bovenbedoelde geest hebben samengewerkt. Ik zou daarom willen eindigen met een beroep op andere huisartsen ons hun ervaringen in deze mede te delen.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-42. **Atrial fibrillation and pregnancy.** *Szekely, P. en L. Snaith (1961) Brit. med. J. I, 1407.*

Wanneer bij vrouwen in de procreatie atriumfibrilleren optreedt, is dat bijna altijd het gevolg van een reumatische hartaandoening. Gewoonlijk wijst het optreden van fibrilleren dan op een ernstige beschadiging van de hartspier en in de regel zal men een dergelijke patiënte afraden zwanger te worden en zal men, indien reeds zwangerschap bestaat, geneigd zijn te adviseren tot onderbreking hiervan. Er zijn echter ook auteurs, die schrijven dat het fibrilleren op zichzelf nog geen contraïndicatie voor voortzetting van aanwezige zwangerschap behoeft te zijn, maar dat het vermogen van de patiënte tot het uitoefenen van een bepaalde hoeveelheid kracht veel grotere prognostische betekenis heeft. Atriumfibrilleren is een veel voorkomende voorloper van hartdecompensatie en dat is een belangrijke factor bij het aanvaarden van de risico's van zwangerschap.

De schrijvers onderzochten aan de hand van hun materiaal het risico, dat patiënten lopen, die zwanger zijn en tevens lijden aan een reumatische hartaandoening met atriumfibrilleren. Onder 760 zwangerschappen van vrouwen met een reumatische hartaandoening waren er 60 die werden gecompliceerd door permanent of paroxysmaal fibrilleren. Van deze vrouwen was de gemiddelde leeftijd 30 jaar. Bij 31 bestond het fibrilleren reeds voor de zwangerschap, bij de overige 29 begon het pas tijdens de zwangerschap of in het puerperium; 27 patiënten hadden een mitralisstenose en zes hadden bovendien een mitralisinsufficiëntie. De overigen hadden mitraal- en aortaklepafwijkingen. 11 patiënten hadden een lichte hartvergroting, 32 middelmatige en 7 een belangrijke hartvergroting. 17 zwangerschappen werden gecompliceerd door longstuwung en drie door longoedeem. Decompensatie van de rechter hARTHelft gebeurde in negen gevallen. Wanneer het fibrilleren reeds aanwezig was voor de zwangerschap trad tijdens de zwangerschap in 25,8 procent der gevallen decompensatie op. Wanneer de overgang van sinusritme in atriumfibrilleren tijdens de graviditeit optrad ontstond in 72,4 procent decompensatie.

Arteriële embolie trad op in zes gevallen, tijdens, maar ook korte of lange tijd na de aanval van fibrilleren. Pulmonaire

embolieën traden in elf gevallen op. Bij zes patiënten trad fibrilleren op na valvulotomie welke werd verricht tijdens de graviditeit. 53 bevallingen verliepen langs vaginale weg, waarbij in 16 gevallen profylactisch de forceps werd gebruikt. In drie gevallen werd een sectio caesaria gedaan, waarbij in twee gevallen om zuiver obstetrische redenen.

In totaal stierven drie vrouwen na de bevalling, respectievelijk aan longembolie, hartdecompensatie en aneurysma; 12 zwangerschappen eindigden met 'een dood kind; een vrouw stierf onverlost; een zwangerschap werd kunstmatig afgebroken en twee eindigden in miskraam.

Vroeger was reeds gevonden dat tijdens de zwangerschap een verhoogde neiging bestaat tot paroxysmale tachycardie en de vraag rijst of dat ook geldt voor atriumfibrilleren. Door mitralisstenose kan een verwijding van het linker atrium ontstaan. Sommigen menen dat hierdoor atriumfibrilleren kan ontstaan. Ook na valvulotomie kan boezemfibrilleren worden opgewekt. Wanneer valvulotomie werd gedaan tijdens zwangerschap ontstond in 40 procent der gevallen fibrilleren tegenover 20 procent wanneer de operatie werd verricht bij niet-zwangeren. De schrijvers concluderen uit hun materiaal, dat atriumfibrilleren bij zwangerschap van vrouwen, die een reumatische hartaandoening hebben, gepaard gaat met een hoger sterftepercentage van de moeders en een hogere foetale sterfte dan bij gevallen zonder fibrilleren. Dit komt gedeeltelijk door het fibrilleren, gedeeltelijk door de toestand van de hartspier zelf. Opvallend was het veel groter percentage gevallen van hartdecompensatie bij patiënten, waarbij het fibrilleren pas optrad tijdens de graviditeit in vergelijking met de groep die reeds leed aan atriumfibrilleren voordat de zwangerschap begon. Kans op longembolie blijkt het grootst, kort na het begin van het optreden van fibrilleren.

Door de juiste toepassing van digitalis en daarna te proberen het sinusritme te herstellen met behulp van chinidine en procainamide en tevens door voorzichtig gebruik van anti-coagulantia is het risico van een bevalling van een patiënte met een reumatische hartaandoening, gepaard gaande met fibrilleren, niet zo groot dat onderbreking van de zwangerschap noodzakelijk is. Sinds 1950 hebben de schrijvers dan ook geen dodelijke aflopen meer gezien. Tijdens de bevalling

moet de anticoagulantia-therapie tijdelijk worden onderbroken en vitamine K worden gegeven. Ook wordt aanbevolen het kind vitamine K en geen borstvoeding te geven. Tenslotte menen de schrijvers uit hun materiaal te kunnen concluderen, dat zwangerschap, indien op de juiste manier geleid en onder controle gehouden, het beloop van de reumatische hartaandoening niet verergert. Hun patiënten leefden na de bevalling gemiddeld ongeveer net zo lang als patiënten, die geen zwangerschap hadden doorgemaakt.

L. J. Bastiaans

61-048. De geestelijk gestoorde in de samenleving (1961)
Maandblad voor de geestelijke volksgezondheid 16, 1.

De geestelijk gestoorde in de samenleving was de titel van het onderwerp van de jaarlijkse conferentie van de Centrale Bond voor Inwendige Zending en Christelijk Maatschappelijk Werk. De tekst van drie aldaar gehouden voordrachten en de samenvattingen van twee andere lezingen en van de discussie vindt men in dit nummer.

A. C. Lit bespreekt, de geestelijk gestoorde op de grens van maatschappij en inrichting. In de inleiding toont hij onder meer de betrekkelijkheid aan van de begrippen gezond en ziek, zowel ten aanzien van het individu als voor de maatschappij. Duidelijke, algemeen aanvaarde, definities van deze begrippen ontbreken. De maatschappij is geen neutrale achtergrond voor het menselijk handelen, doch de structuur van de samenleving is van grote invloed op dat handelen. De psychiatrie kan er dus niet meer mede volstaan mensen gezond te maken en hen weer aan de maatschappij toe te vertrouwen.

Alle psychiatrische ziektebeelden gaan gepaard met gestoorde verhoudingen met de omgeving. Omgekeerd brengt ook iedere beperking van contactmogelijkheden het gevaar met zich van geestelijke desintegratie. Een gezond geestesleven is alleen mogelijk met volwaardige en zinvolle gebondenheid aan de omgeving. Misschien is het daarom beter, in dit verband, de begrippen gezond en ziek te vervangen door gebonden en ongebonden. In de psychiatrische inrichtingen is het isolement opgeheven. Men heeft ingezien, dat men de geestelijk gestoorde alleen kan helpen, door hen weer in een samenleving op te nemen en door hen weer verantwoordelijkheid te geven. Men stoot het gestoorde individu niet af, doch men tracht de storing te corrigeren. De geesteszieke wordt erkend als verantwoordelijke naaste. De moderne maatschappij brengt deze erkenning echter niet meer op, waardoor dus een grote afstand tussen de inrichting en de buitenwereld ontstaat. Deze afstand moet worden verkleind. De banden met het oorspronkelijke milieu moeten zoveel mogelijk gehandhaafd blijven, het liefst voordat diepgaande contactstoornissen zijn opgetreden, dus voordat opname nodig is.

Dit is een belangrijk arbeidsterrein voor de sociaal-psychiatrische diensten. Is opname nodig geworden, dan bij voorkeur in een inrichting in dezelfde streek, opdat contacten met de buitenwereld worden vergemakkelijkt. De duur van de opname moet kort zijn. Dit kan alleen, wanneer de samenwerking tussen de inrichting en de voor- en nazorg zeer intensief is. Nodig is ook, dat de inrichting verantwoordelijkheid voor haar patiënten aanvaardt, waardoor heropname te allen tijde mogelijk wordt. Korte opnameduur eist een snelle opname en ontslagmogelijkheid. Beide vragen om korte en nauwe verbanden tussen inrichting en maatschappij. De inrichting moet midden in haar opname- en afzetgebied staan. Altijd zal voor de mens met een labiel aanpassingsvermogen de overschrijding van de grens inrichting-maatschappij een gewaagd experiment zijn en juist dan gaan vele instanties zich met de patiënt bemoeien onder andere de sociaal-psychiater, de maatschappelijk werkster, de huisarts en de geestelijke. Geen van deze instanties is verantwoordelijk wanneer het experiment mislukt en daarom is drastische beperking van het aantal instanties dringend nodig.

Schrijver houdt een indrukwekkend pleidooi voor de overname van de sociaal-psychiatrische werkzaamheden door de psychiatrische inrichtingen. Doch dan is het noodzakelijk, dat de inrichting ook verantwoordelijkheid aanvaardt tegenover de maatschappij, dat wil zeggen, dat zij zich verplicht te allen tijde patiënten uit een bepaald gebied op te nemen.

Uit de samenvatting van de schrijver de volgende karakteristieke zinnen: „Kort en goed, het aantal personen en instan-

ties, belast met de verantwoordelijke zorg voor de geestelijk gestoorde, dient zo klein mogelijk te zijn en te werken onder eenzelfde regie. Hij heeft een instantie nodig, die verantwoordelijk voor hem is, verantwoordelijkheid van hem vraagt en op deze wijze de regie van zijn bestaan tijdelijk overneemt. Een regie, die de structuurverschillen tussen psychiatrische inrichting en maatschappij overbrugt en de grens tussen beide gemakkelijk overschrijdbaar maakt in beide richtingen. Het hangt van vele omstandigheden af, wie deze veelzijdige en veeleisende regie het best zal kunnen voeren.”

Onder „Deskundige begeleiding” verstaat J. Ferguson de deskundige hulp, geboden aan een bepaalde patiënt buiten de psychiatrische inrichting: het werk van de sociaal-psychiatrische dienst. Het aantal instanties, dat hulp wil en kan bieden is ontstellend en verwarrend groot. De schrijver geeft een lange opsomming, welke geen aanspraak maakt op volledigheid. Bovendien vindt men in Nederland al deze instanties in drie organisatievormen. De sociaal psychiatrische diensten zijn samengesteld uit een aantal deskundigen. De dienst heeft haar bemoeienis met de geestelijk gestoorde, bij voorkeur voordat er sprake is van opname. Tweederde van het werk is verzorgd. Door de gecompliceerdheid van de samenleving is samenwerking met de vele personen en instanties, die de geestelijk gestoorde kunnen helpen, noodzakelijk. Vooral met het maatschappelijk werk is samenwerking dringend nodig. De schrijver pleit voor een thuisfront, bestaande uit huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werkster, dat in eerste instantie de patiënten opvangt en zo nodig meer gespecialiseerde hulp inroept.

De belangen van het gezin worden door mevrouw B. M. van Oort-Wegelin primair gesteld in haar voordracht, de draagkracht van het gezin in de omgang met psychisch gestoorde. Het gezin is de eerste „instantie”, die met de geestelijk gestoorde te maken heeft. Het gezin is een fundamentele leef-gemeenschap, gebaseerd op de man-vrouw verhouding en de verhouding ouders-kinderen. Fundamenteel betekent, dat deze gemeenschap niet vrijblijvend is en niet door omstandigheden wezenlijk is op te heffen. Lief en leed worden in een gezin met elkaar gedeeld; in een goed gezin weet men wat men aan elkander heeft. Ook bij de voortdurende verschuivingen, welke in de onderlinge verhoudingen in een gezin plaats vinden, bijvoorbeeld door geestesuitbreiding of door het ouder worden van de kinderen, houden de leden van het gezin een gevoel van veiligheid, omdat men op elkander kan rekenen. Wanneer er een geestelijk gestoorde in een gezin komt, zal vooral deze onderlinge zekerheid verdwijnen. Er komt onzekerheid en angst voor in de plaats. Het gezin zal daarom steun nodig hebben, waarbij niet het belang van de gestoorde alleen geldt, doch waarbij vooral wordt getracht de nadelige gevolgen voor de andere gezinsleden te verminderen. De opvattingen en bemoeiingen van de sociaal psychiatrische dienst kunnen in tegenspraak zijn met die van het maatschappelijk werk of de kinderbescherming. Beide bestrijken een eigen terrein. Alleen een fijn afgestemde hulp aan het gezin, waarin de nazorg en het maatschappelijk werk een eigen rol vervullen, kan het thuisfront, het gezin, sterk genoeg maken om een geestelijk gestoorde op te nemen.

(In deze artikelen en de samenvattingen van de voordrachten van Smelik en Bianchi, wordt als volgorde in de verzorging van geestelijk gestoorde bepleit: in eerste instantie de huisarts, gesteund door geestelijke, wijkverpleegster en maatschappelijk werkster; vervolgens de psychiater met het sociaal-psychiatrische team in samenwerking met de vele instanties, die de geestelijk gestoorde kunnen helpen, en tenslotte de psychiatrische inrichting, als streekziekenhuis voor de geestelijk gestoorde uit een bepaald gebied van Nederland, in nauw contact met allen, die voor de verzorging van nut kunnen zijn, ref.).

N. Bessm

61-051. Management of third -stage complications in domiciliary obstetrics. *Fraser, A.C. en E. P. W. Tatford (1961)*
Lancet II, 126.

In Groot-Brittannië heeft men in diverse grote centra zogenaamde „obstetric flying squads”, waarvan hulp kan worden ingeroepen bij moeilijkheden tijdens bevallingen ten huize van de patiënt. Vrijwel overal werd in 80 procent der ge-

vallen de dienst gevraagd voor een vastzittende placenta en/of een haemorrhagia post partum, terwijl slechts 15 procent van het totaal aantal patiënten in een ziekenhuis werd opgenomen. Indien een bloedtransfusie noodzakelijk is, geeft men bij voorkeur O Rh-negatief bloed in plaats van plasma of andere transfusievloeistoffen. Men kan zo nodig thuis echter reeds beginnen met macrodex.

Door de schrijvers worden met nadruk nog enige punten opgesomd hoe te handelen bij bovengenoemde complicaties voordat de „flying-squad” is gearriveerd. Bij een haemorrhagia post partum wordt de uterus gemasseerd en 0,5 mg ergometrini HCl intraveneus — niet intramusculair, daar dit te langzaam werkt — gegeven en tracht men te schatten hoe groot het bloedverlies is, met het oog op de hoeveelheid te infunderen bloed. Tevens moet patiënte worden gecatheteriseerd, wat ook noodzakelijk is indien de placenta blijft vastzitten. Als hierna op de gewone wijze de placenta niet wil komen, wordt patiënte naar het ziekenhuis gezonden na eerst een intraveneuze injectie van 0,5 mg ergometrini HCl te hebben gekregen.

Is het bloedverlies groot bij vastzittende placenta, dan wordt door massage een uteruscontractie opgewekt, waarna 0,5 ergometrini HCl intraveneus wordt gegeven. Indien de placenta dan niet los ligt, wordt zo spoedig mogelijk een infuus aangelegd zonder dat de handgreep van Credé of manuele verwijdering wordt gedaan. Zodra de systolische bloeddruk boven 100 mm Hg is gestegen, gaat patiënte naar het ziekenhuis. Hier wordt de vastzittende placenta behandeld volgens de gebruikelijke methode voor men overgaat tot manuele verwijdering.

Aan de hand van de 141 gevallen, die van 1952-1959 door de dienst vanuit het St. James Hospitaal te Londen werden behandeld, kwam men tot de conclusie, dat het zeer belangrijk is bij een patiënte, die in de anamnese een vastzittende placenta of een fluxus post partum heeft, de volgende partus klinisch te laten verlopen.

J. Grijns

Boekbespreking

Seksuologie, handleiding voor artsen. L. H. Levie. Uitgeverij L. Stajleu en Zoon, Leiden. 1961. Derde druk, 388 bladzijden, f 19,75.

Nog nooit zijn er, juist voor het grote publiek, zoveel boeken verschenen waarin de man-vrouw-verhouding zo openlijk wordt besproken, als tegenwoordig. Daarnaast vindt men in de psychiatrische vakliteratuur regelmatig artikelen over seksuele onderwerpen, maar uiteraard nogal uitgesproken specialistisch van karakter. Boeken over algemene en speciële seksuologie voor de huisarts bestemd zijn echter merkwaardig genoeg vrij zeldzaam, ook in het buitenland. In onze taal bestond alleen het reeds wat verouderde boek van de Amsterdamse seksuoloog Levie. Nu hiervan evenwel een derde, geheel herziene, druk is verschenen, welke bovendien met ruim honderd pagina's is uitgebreid, is er alle aanleiding hierop nog eens de aandacht van de huisarts te vestigen en er een kritische beschouwing aan te wijden.

Men vindt achtereenvolgens behandeld: de seksuele moraal in de medische praktijk; inleiding tot de pathologie van het geslachtsleven (de psychische component van de seksualiteit, de infantiele en de juveniele seksualiteit); stoornissen in het geslachtsleven (de partnerkeuze, stoornissen bij de man, stoornissen bij de vrouw en therapie der potentie- en orgasme-stoornissen); seksuele afwijkingen (dwangonanie, homoseksualiteit en perversies); geboorteregeling (anticonceptie, fertilitiestoornissen en kunstmatige inseminatie); geneeskundig onderzoek voor het huwelijk en eugenetiek; seksuologie in de praktijk.

Aanzienlijk uitgebreid is de behandeling van de stoornissen in het geslachtsleven van man en vrouw en het hoofdstuk over perversies. Geheel nieuw is het hoofdstuk over kunstmatige inseminatie. Levie is een van de weinige Nederlandse artsen, die in samenwerking met een gynaecoloog, K.I.D. (met donorsperma) al enige jaren toepast. Hij betracht een zijns inziens strenge selectie, wat resulteert in een afwijzing van de

aanvraag in ongeveer 40 procent van de gevallen, K.I.D. en K.I.H. (husband) tezamen gerekend. Ik begrijp zijn aanvaarding onder de nodige voorzorgen niet, aangezien hij stelt (bladzijde 327): „Het kind mag nooit en te nimmer anders weten dan dat het van beide ouders afstamt. Zou het toch zijn ware herkomst vernemen, dan is dit een psychotrauma van de eerste grootte . . . Ook om deze redenen moeten wij voldoende aanwijzing hebben, dat de ouders, bijvoorbeeld bij onderlinge twist of bij latere conflicten, zijn werkelijke afkomst niet verdragen!” Ik vind dit naïef en acht het ook veelzeggend, dat Levie nergens meedeelt, over hoeveel jaren ervaring hij nu al beschikt ten aanzien van K.I.D.-huwelijken, te meer waar hij — mijns inziens zeer terecht — blijvend contact tussen inseminerende arts en betrokken echtpaar ongewenst acht. Instructief is dit hoofdstuk echter in hoge mate.

Ook verder is in dit boek bijzonder veel wetenswaardig samengebracht, waarmee elke huisarts zijn voordeel kan doen, mits hij beseft, zoals Levie ook nadrukkelijk stelt, dat de kennis, die hij uit dit boek kan opdoen wel voorwaarde is om zijn patiënten goed te kunnen helpen, maar op zichzelf niet toereikend. Naast kennis is een bepaalde aanleg en instelling en ook voldoende zelfkennis noodzakelijk; de arts moet begrip en verdraagzaamheid opbrengen, eerlijk en zonder vooroordeel tegenover de patiënt staan, zodat de patiënt zelf voelt niet vanuit de hoogte veroordeeld te worden, maar tegenover iemand te zitten, die zijn moeilijkheden kan begrijpen. En natuurlijk is dan ervaring nodig. Levie geeft diverse waardevolle aanwijzingen voor de gespreksituatie en zelfs een bijzonder nuttige leidraad voor een succesvolle behandeling van vaginisme door de huisarts, maar erkent, dat werkelijke zelfkennis natuurlijk niet met behulp van een boek is te bereiken.

Het komt mij voor, dat hier een belangrijke taak voor het N.H.G. ligt: gespreksgroepen onder deskundige leiding zullen nodig zijn om de huisarts adequaat toe te rusten voor de opsporing en behandeling van seksuele afwijkingen en stoornissen bij zijn patiënten.

Het hoofdstuk van de anticonceptie is up to date. Levie heeft het nieuwe orale anticonceptivum Lyndiol, dat de ovulatie onderdrukt, blijkbaar al geruime tijd beproefd voor het officieel vrijgegeven werd en acht toepassing op bepaalde indicaties zeker gewettigd. Het werken met de basale temperatuurcurve volgens Holt acht hij een belangrijke verbetering van de periodieke onthoudingsmethode. In dit verband zij opgemerkt, dat naar mijn mening klaarheid zou moeten komen ten aanzien van de betekenis van de vondst van Stieve, die in 1952 heeft aangetoond, dat in de ovaria van de vrouw herhaaldelijk twee corpora lutea aanwezig waren, die drie tot tien dagen in leeftijd verschilden.

Vervolgens nog een aantal, wellicht nuttige, korte citaten:

NAALDBANDEN

voor de VIJFDE jaargang van „huisarts en wetenschap”
zijn verkrijgbaar à f 3,75 per stuk.

★

In deze band kan men zelf de tekstpagina's
van de jaargang verzorgen.

★

Banden kunnen worden aangevraagd
door middel van storting van f 3,75 op postgiro no. 2906
van Rotterdamse Bank, Kantoor Rapenburg te Leiden
met vermelding:

„huisarts en wetenschap” naaldband 5e jaargang.