

Het aandeel van de huisarts in de behandeling is:

1 herkennen van de ernst der verwonding; graad, lokalisatie, andere factoren; uitsluitend de waarneming is hier bepalend;

2 de eerste graads en de niet al te diepe tweede graads verbranding kunnen heel goed in de huispraktijk worden behandeld. In plaats van open behandeling wordt dan uiteraard een bedekkend verband gegeven, waarvoor men als diepste laag het „tulle gras” (een in de handel zijnde vet gaas met grove maaswijdte) of desnoods gewone vaseline op gaas gebruikt. Verder ook: spoedig bewegen en goed bewegen.

Discussie (discussieleider: H. Sluzewski)

Looy: Wat acht u de beste gedragslijn ten opzichte van grotere gesloten blaren bij een tweedegraads verbranding?

Van der Meulen: De beste gedragslijn is het wegknippen van dode huiddelen, daarna steriel inpakken.

Voorzanger: Waarom heeft u de primaire excisie, gevolgd door transplantatie, niet genoemd? Ziet u nut in het toepassen van homotransplantaties.

Van der Meulen: Primaire excisie is zelden aangewezen en wordt alleen gedaan bij zeer circumscripate necrose zoals soms bij elektrische verbrandingen wordt gezien. Autotransplantaten zijn blijvend, homotransplantaten zijn tijdelijk en hebben alleen betekenis in de functie van een optimaal verband; ze zijn als zodanig in zeer extreme gevallen wel eens geïndiceerd.

Astma-nazorg conferentie

Op zaterdag 6 april 1963 vertegenwoordigde ondergetekende het N.H.G. op het eerste gedeelte van de Astma-Nazorg Conferentie in het Swellengrebelhuis te Utrecht. Deze bijeenkomst, waarvan het tweede gedeelte op 26 oktober zal plaats hebben, is georganiseerd door vier op het gebied van de astma-nazorg werkende organisaties. Onder de ongeveer tachtig deelnemers waren vele longartsen, maatschappelijk werkers, enkele psychiaters, kortom specialisten op velerlei gebied, en slechts twee huisartsen.

Na een korte openingsrede door voorzitter Quarles van Ufford, allergoloog te Utrecht, sprak als eerste Dr P. J. van Oostrum (Kon. Emmakliniek te Renkum) over Chronisch astma en revalidatie. Na opname in de kliniek — het betreft dus allemaal „zware” gevallen — wordt de patiënt zo volledig mogelijk onderzocht, somatisch, psychologisch — „hiervoor is niet altijd een psychiater nodig!” — en sociologisch. Bij de behandeling is het in de eerste plaats nodig vertrouwen te wekken in de genezing. Van bezigheidstherapie wordt overgeschakeld op arbeidstherapie. Daarna volgen een paar proefverloven, waarna, indien dit goed blijkt te gaan, de patiënt wordt ontslagen. Deze dient dan meteen aan het werk te gaan. Begeleiding moet daarna geschieden door huisarts en specialist, die door de periodieke rapporten uit de kliniek op de hoogte zijn van het verloop van de ziekte. Er is echter ook behoefte aan zorg op psychosociaal gebied. Hiervoor is een landelijk overkoepelend orgaan nodig, dat in de vorm van het Nederlands Astma Fonds zijn werkzaamheden is begonnen.

Dr B. Stokvis, psychiater te Leiden, besprak vervolgens eerst de psychologische factoren bij het ontstaan van astma, waarna hij nader inging op de werkwijze van de psychosomatische werkgroep te Leiden, waar in teamverband uitgezochte patiënten zeer uitgebreid worden onderzocht en psychotherapeutisch behandeld. In dit team hebben, naast de verschillende specialisten, als psychiater, psycholoog, longarts, internist, sociaal werker enzovoort, ook zitting een geeste-

Er bestaan echter nog niet geheel bekende sensibilisatie-gevallen.

Kooyker: Welke infusie-vloeistoffen zijn langdurig te bewaren om bij ernstige verbrandingen als eerste hulp te kunnen geven? De huisarts heeft niet dikwijls met deze gevallen te maken maar komt het eens voor, dan blijken de infusie-vloeistoffen vaak niet meer bruikbaar.

Van der Meulen: Dextran (Macrodex) is hiervoor het meest geschikt en is een tot twee jaar houdbaar.

Kooyker: Welke omvang heeft een derdegraads verbranding, eer transplantatie is vereist?

Van der Meulen: Dit hangt geheel af van bijkomende omstandigheden als aard, localisatie en individuele bijzonderheden.

Kok: Is er bij ernstige verbrandingen, wanneer middelen voor orale en parentale vochttoediening ontbreken, een indicatie voor het bestrijden en het voorkomen van shock door oedeemvorming door het toepassen van drukverbanden en dergelijke?

Van der Meulen: Het aanbrengen van een adequaat drukverband is uitermate moeilijk.

Boehmer: Zoudt u iets willen zeggen over het gebruik van antibiotica bij de behandeling van brandwonden?

Van der Meulen: Voor het toedienen van antibiotica gelden geen andere indicaties als bij de toepassing hiervan bij andere wonden, met andere woorden: dit is meestal overbodig.

Jonker: Moeten wel eens patiënten worden opgenomen wegens verbranding door overmatig zonnebaden?

Van der Meulen: Dit heeft zich tot nu toe — in vijftien jaar — hier niet voorgedaan.

lijke en een huisarts. Uitvoerig ging spreker in op de verschillende vormen van psychotherapie, voorop stellende dat de persoon van de arts van meer belang is dan de toegepaste methode. Belangrijk was ook zijn opmerking, dat het hele gezin van de patiënt eigenlijk moet worden behandeld. In de werkgroep wordt zeer veel tijd besteed aan iedere patiënt. Uit de hieruit verkregen resultaten tracht men in de praktijk toepasbare methoden te ontwikkelen.

Daar de socioloog Drs Van Engelen niet aanwezig kon zijn, lichtte Van Oostrum de bij een vorige conferentie besproken sociomedische status toe. Hieraan heeft de sociaal werker een goede leidraad bij het opnemen van de sociomedische anamnese.

Als laatste in de morgenzitting sprak Zr K. Abbink, medisch maatschappelijk werker van de Stichting „Onderzoek sociale gevolgen asthma bronchiale”. Het valt haar in haar werk steeds weer op, hoe de astmapatiënt ernaar hunkert zijn problemen te kunnen uitspreken. Als haar eerste taak zag zij dan ook het geduldig luisteren naar de vaak ontredderde mensen. Het contact met bedrijfsarts en huisarts wordt door haar op prijs gesteld, daar deze bij een ziekte met een zo persoonlijk karakter als astma veel beter op de hoogte zijn van de gezins- en werkomstandigheden. Zij vindt het vaak moeilijk dit contact te leggen. Van belang achtte zij het vooral, dat de patiënt het gevoel moet worden gegeven „mee te doen”, een in zekere zin volwaardige plaats te bezetten in de maatschappij.

Wat het kinderastma betreft, moeten de opvoeders trachten een goede houding te vinden tegenover de zieke, en de patiënt moet met zijn ziekte leren omgaan. Het „alles mee laten doen” gaat vooral in het begin vaak beter in een kamp of pleeggezin dan in het eigen gezin.

Na de lopende lunch, waarbij veel gelegenheid bestond tot onderlinge gedachtenwisseling, sprak Dr W. A. J. Kooper, longarts, verbonden aan Heideheuvel te Hilversum. Bij de be-

handeling van de in een astmacentrum opgenomen kinderen — dit is dus een zeer geselecteerde groep van kinderen, die poliklinisch niet kunnen worden geholpen — is de dagelijkse observatie en notitie hiervan, van zeer groot belang. Zo kan gedurende de observatie en behandeling steeds het gehele verloop worden beoordeeld.

Er wordt vooral met pedagogische therapie gewerkt; bij uitzondering wordt een psychotherapeut ingeschakeld. Ook gezinsbehandeling is nodig. Dit geschiedt door de medisch maatschappelijk werkster. Allergisch-hygiënische en psychosociale omstandigheden worden onderzocht en zo nodig wordt getracht hierin verandering te brengen. Zij tracht een goede relatie op te bouwen met het gezin en tracht dan „opvoedend” te werken. Als het kind na drie tot vier maanden begeleid is en is opgevoed om met zijn aanval klaar te raken, gaat het met proefverlof naar het eigen gezin. Is dit nog niet goed mogelijk, dan naar een pleeggezin. De (pleeg)ouders moeten zeer goed worden geïnstrueerd en begeleid, hetgeen de (moeilijke) taak is van de medisch maatschappelijk werkster. Een intensieve begeleiding van het kind is eveneens van groot belang. Als drie tot vier proefverloven goed zijn verlopen, gaat het kind naar huis. Daarna is de kern van de hele „nazorg”, het bereikte resultaat te handhaven en mogelijk nog te verbeteren.

In nauwe samenwerking zullen de huisarts en de medisch maatschappelijk werkster moeten zorgen, dat de in het Centrum uitgestippelde richtlijnen worden gehandhaafd, dat luchtweginfecties worden voorkomen, snel en intensief worden behandeld en dat de hygiënische toestanden goed blijven. Verder moet een beroepskeuze, c.q. een goede (her)opleiding worden gestimuleerd. Ongemotiveerd school- en werkverzuim moet worden voorkomen om geen uitzonderingspositie te scheppen. Artsen (huisartsen, bedrijfsartsen, controlerend geneesheren) kunnen door het geven van teveel ziekteverlof en door afkeuringen invaliderend werken.

Dr Kooper betoogde, dat de (huis)arts zich moet kunnen laten voorlichten door de medisch maatschappelijk werkster; hij moet op dit gebied als gelijkwaardige met de maatschappelijk werkster kunnen samenwerken. Tot slot zei hij, dat een groot deel van de astmabestrijding zal bestaan uit de opleiding van de gezonden in de omgeving van de patiënt, artsen en maatschappelijk werksters inbegrepen.

Na deze bijzonder goede en goed gebrachte voordracht splitsten de aanwezigen zich in acht discussiegroepen, welke, blijkens de een uur later door de discussieleiders gegeven verslagen, zeer verschillende vraagstukken intensief hadden behandeld. Bijna unaniem was men van mening, dat het woord „nazorg” niet juist was, dat er een continuïteit, een integrale zorg behoort te zijn voor de astmapatiënt.

De meeste groepen, zo niet alle, zagen de huisarts toch wel als de centrale figuur in de astmazorg. Deze hoort de integrale zorg te geven, in samenwerking met de medisch maatschappelijk werkster, met de wijkverpleegster, met de longarts en/of met een astmateam of een astmacentrum. Er dient

een landelijke overkoepelende organisatie te zijn — in de slotdiscussie werd nogmaals naar voren gebracht, dat de Stichting Nederlands Astma Fonds dat wil en kan zijn — maar de eigenlijke zorg moet gebeuren door de plaatselijke, c.q. regionale organisaties, waarbij de huisarts de centrale figuur moet zijn. Er dient een goede coördinatie en dus een goede communicatie te zijn tussen de verschillende personen en organisaties, die (samen)werken in de zorg voor de astmapatiënt.

In de discussie aan het eind van de vergadering vroeg een van de longartsen of het niet mogelijk zou zijn op de tweede zitting van de conferentie aan bijvoorbeeld de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap te vragen een voordracht te houden. Ondergetekende heeft daarop, desgevraagd, geantwoord, dat dit naar zijn mening door Huygen zeker in welwillende overweging zou worden genomen.

Terugziend op deze eerste dag meent ondergetekende, dat alle deelnemers aan deze conferentie overtuigd zijn van de vele facetten van het vraagstuk van de zorg voor de astmapatiënt en dus van de noodzaak van samenwerking tussen de verschillende en zo verschillende gearde werkers op dit gebied;

de samenwerking van de verschillende organisaties en werkers op dit gebied nog niet optimaal is, maar dat hieraan toch hard wordt gewerkt;

de taak van de huisarts in deze conferentie — in tegenstelling tot de verwachtingen van de ondergetekende — toch wel goed tot zijn recht is gekomen.

Enige dagen na deze conferentie heeft ondergetekende een onderhoud gehad met de heer Katan, directeur van het te Utrecht, F. C. Dondersstraat 29, gevestigde bureau van de Stichting Het Nederlands Astma Fonds, dat de overkoepelende organisatie is (wil zijn) van alle op het gebied van de astmazorg werkende organisaties. Als taak heeft het N.A.F. zich gesteld (art. 3, ad 1 van de statuten): a de coördinatie der bestrijding van asthma bronchiale; b de bevordering der kennis van asthma bronchiale; c de bevordering der bestrijding van asthma bronchiale; d de bevordering der hulp aan lijdende aan asthma bronchiale; e de preventie van asthma bronchiale.

Het algemeen bestuur kent, behalve een Medische Raad een Stichtingsraad, gevormd door kruisverenigingen, vakcentrales, enzovoort. Hierin heeft onder meer zitting een vertegenwoordiger van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Waarschijnlijk zal het Nederlands Huisartsen Genootschap ook worden uitgenodigd hierin zitting te nemen.

Naast de Stichting Het Nederlands Astma Fonds is een Vereniging tot steun aan het N.A.F. opgericht, die vooral belast is met de propaganda en voorlichting — zij geeft het blad „Contrastma” uit — en met het verzamelen van gelden.

E. M. Jansen

Towards better general practice

Ter gelegenheid van het tiende congres van The College of General Practitioners werd ten vorige jare in november in het Wellcome Building een symposium gehouden, gewijd aan doelmatiger praktijkvoering. Dr Br. Cardew sprak over The Problems, waarbij werd gewezen op de grote discrepantie tussen de uitgaven door de overheid besteed aan subsidies voor klinische research en behandeling ten behoeve van de circa 5 procent door de huisarts verwezen patiënten, en de subsidies, welke de huisarts voor de overige 95 procent door hem behandelde patiënten ontvangt ter verbetering van deze behandeling en de inrichting van zijn praktijk. Door nauwere samenwerking zullen de huisartsen in staat zijn de overheid te interesseren voor hun problemen.

Dr G. Adams, arts, en Br. Peak, architect, bespraken het

grote belang van nauwe samenwerking tussen arts en architect bij het ontwerpen van de praktijkruimte. Steeds zal deze aangepast dienen te zijn aan de instelling en werkwijze van de arts. Deze sprekers wezen op de betekenis van een wel-doordachte verlanglijst voor de architect, doch waarschuwden voor dilettantisme. De vraag wie met het ontwerp van de praktijkruimte zal moeten worden belast werd uitvoerig besproken: gewaarschuwd werd voor de architect die op grond van familie- of vriendschapsrelatie wordt aanbevolen: slechts de prestaties van de architect zijn essentieel.

Dr D. Stephens gaf een uiteenzetting over te kiezen meubilair, schrijfmachine, communicatiesysteem (stads- en huis-telefoon, oproepsysteem) en personeel voor de praktijk. De secretaresse kan in de (Engelse) praktijk een belangrijke rol