

Campylobacter jejuni

Sinds een tiental jaren is bekend dat *Campylobacter jejuni* verantwoordelijk is voor ongeveer 10 procent van alle gevallen van acute darmontsteking in Nederland. *Campylobacter* is wat dat betreft een grotere boosdoener dan bijvoorbeeld *Salmonella*. De infecties zijn vooral het gevolg van het eten of aanraken van besmet voedsel, met name het vlees van pluimvee. Een commissie van de Gezondheidsraad pleit in een recent advies voor een aantal maatregelen om verspreiding van de bacterie tegen te gaan.

Dieren kunnen veel *Campylobacter*-bacteriën in hun darmen huisvesten zonder er last van te hebben. Bij het slachten kunnen de bacteriën vrijkomen en het vlees besmetten. De commissie ontraadt daarom ten sterkste het eten van rauw of onvoldoende verhit vlees. Zij waarschuwt tegen het gevaar van kruisbesmetting; dat wil zeggen dat via contact met besmet (rauw) voedsel ook andere voedingsmiddelen worden besmet. Dat kan gebeuren in de keuken, en vooral ook bij barbecues.

Het is niet uitgesloten dat infectie ook kan plaatsvinden via het drinken van rauwe melk. De commissie betreurt het dat door EG-bepalingen weer meer rauwe melk op de boerderij wordt verkocht. De verkoop van rauwe melk lijkt bovendien bevorderd door de invoering van de zogenaamde superheffing.

Vlees en vleesproducten zijn de belangrijkste bron van infecties met *Campylobacter*. Daarom zullen preventieve maatregelen vooral op 'schakels' tussen dier en mens moeten aangrijpen, te beginnen bij het fokken en mesten van slachtdieren. Ideaal zou zijn om een ziektekiempvrije dieren te fokken, maar dat is voorlopig niet goed mogelijk. In ieder geval moet het voer van de slachtdieren ziektekiempvrij zijn; dat is technisch goed mogelijk.

De tweede schakel is het slachthuis. Daar kan besmetting worden beperkt door invoering van aangepaste slachtapparatuur die gemakkelijk gereinigd en gedesinfecteerd kan worden. Ook valt volgens de commissie te denken aan nieuwe slachttechnieken.

Vlees kan vlak na het slachten nog op andere wijze *Campylobacter*-vrij gemaakt, namelijk door organische voedingszuren, zoals melkzuur, op het vlees te vernevelen. Er wordt op dit gebied nog geëxperimenteerd; de methode is effectief, maar een nadeel is dat het vlees kan verkleuren.

Een andere methode om ziektekiemen te doden is het doorstralen van voedsel. De commissie acht doorstralen een goede en veilige methode. Voordeel is dat deze behandeling ook kan worden toegepast op reeds verpakte voedingsmidde-

len, waardoor nieuwe besmetting wordt uitgesloten.

De commissie beveelt aan strengere hygiënevoorschriften op te stellen voor winkels, en verder voor keukens van restaurants, ziekenhuizen, bedrijven, bejaardentehuizen en andere instellingen. Zij pleit bijvoorbeeld dat in slagerijen een strikte scheiding wordt aangebracht tussen pluimveevlees en andere levensmiddelen, dit om kruisbesmetting te voorkomen.

Voorlichting aan de consument blijft nodig, aldus de commissie. De informatie moet zich bijvoorbeeld richten op het gevaar van het consumeren van rauw vlees of rauwe melk en op het gevaar van kruisbesmetting in de keuken. Door koken, bakken of braden van vlees gaat de *Campylobacter*-bacterie dood.

Patiëntenkaart op chip

Het simpele plastic patiëntenplaatje, dat in vrijwel elk ziekenhuis in gebruik is om naam, adres en dergelijke op alle plaatsen makkelijk en eenvormig te kunnen verwerken, zal binnen afzienbare tijd mogelijk worden vervangen door een veel slimmer plaatje: de van een chip voorziene 'smart card', die een compleet medisch dossier kan bevatten. Op zo'n kaart kunnen de volgende gegevens (in willekeurige combinatie) worden opgenomen:

- persoonsgegevens ter identificatie (naam, adres, enzovoort);
- informatie over ziektekostenverzekering;
- belangrijke medische gegevens, zoals inentingen, allergieën, bloedgroep, bepaalde aandoeningen als diabetes, etc.;
- aanwijzingen hoe aanvullende medische informatie van de houder verkregen kan worden, bijvoorbeeld telefoonnummers van behandelende artsen en dossiernummers van ziekenhuizen;
- volledige gegevens of samenvattingen van gegevens over de medische geschiedenis van de houder, compleet met data en omschrijving van behandelingen, diagnoses, röntgenfoto's, ECG's enzovoort;
- idem voor tandheelkundige gegevens;
- idem voor gegevens over medicijngebruik, nu en in het verleden.

Producten en toekomstige gebruikers hebben ingezien dat al in een vroeg stadium aandacht moet worden geschonken aan standaardisatie van patiëntenkaarten; anders zal een veelheid van technologieën ontstaan die niet uitwisselbaar zijn en daardoor een veelheid van in- en uitleesapparatuur vergen. Om tot een zekere standaardisatie te komen, is daarom in 1987 de International Patient Cards Standard Council

opgericht. Het lidmaatschap staat open voor bedrijven, ziekenhuizen, verzekeringsmaatschappijen en individuen die belang hebben bij of belangstelling hebben voor patiëntenkaarten. De Council is onafhankelijk en op geen enkele wijze verbonden met de Amerikaanse overheid of met de belanghebbende partijen.

Patiëntenkaarten moeten volgens de Council uittreksels of kopieën zijn van bestaande, elders veilig opgeborgen, medische dossiers. Slechts in dat geval kunnen zij betrouwbare en nuttige bronnen van informatie zijn, die een patiënt bij zich draagt. De kaart mag dus geen vervanging zijn van het dossier.

Een aantal tests met patiëntenkaarten in de VS is tot nu toe zeer succesvol geweest. Patiëntenkaarten worden vooral nuttig geacht omdat de VS geen systeem kennen van een vast ziekenhuis, vaste artsen, en een vaste apotheek per patiënt. Vooral vanwege de Amerikaanse praktijk van 'malpractice suits' zijn in de VS verstrekkers van gezondheidsdiensten zeer nauwgezet in het nagaan van de medische geschiedenis van een patiënt, voordat een behandeling wordt uitgevoerd of medicijnen worden voorgeschreven. Patiëntenkaarten maken dit gemakkelijker.

Daarnaast blijkt de kaart in vele gevallen uitstekend te werken als marketing-instrument voor artsen, ziekenhuizen en apotheken. Als één van deze instanties een patiëntenkaart uitreikt, blijkt in veel gevallen de patiënt zich verbonden te voelen met de uitreikende instantie, en in de toekomst vaker gebruik te maken van die instantie. Vooral ziekenhuizen hebben dit marketing-instrument ontdekt.

Niet alle gebruikers van de smart cards zijn even tevreden over deze nieuwe technologie:

- smart cards zouden te weinig geheugenruimte hebben om de patiënten die zo'n kaart het hardst nodig hebben (mensen die regelmatig naar verschillende artsen gaan en/of verschillende aandoeningen hebben of verschillende behandelingen tegelijkertijd ondergaan) te bedienen;
- de duurzaamheid van de kaart zelf is nog verre van optimaal: de chip zou na enige tijd loslaten van de kaart of op andere wijze beschadigd raken;
- smart cards bieden geen wettelijke bescherming aan de patiënt omdat zij geen bewijsmateriaal kunnen zijn in rechtszaken (de informatie op de smart cards kan immers worden gewist of veranderd); vermeende 'malpractice' op basis van gegevens op de smart card zal dus moeilijk bewijsbaar zijn;
- er is twijfel aan de mogelijkheid om de vertrouwelijke gegevens op smart card voor onbevoegden ontoegankelijk te houden.

Sinds maart 1988 wordt in de omgeving van Houston de eerste 'real life'-proef gehouden met 'optical memory cards': in een ziekenhuis wordt aan elke zevende binnenkomende patiënt een kaart uitgereikt. Overzetten van de bestaande medische dossiers kost een halve tot een hele dag. Per week worden ongeveer zeventig kaarten uitgegeven. De eerste resultaten zijn bemoedigend, maar het is nog te vroeg om van een succes te spreken.

Bron Iota.

Voedingspatroon ouderen

Op 25 oktober 1988 organiseerde de Stichting Voeding Nederland een symposium 'Voeding van ouderen', waarop onder meer de volgende uitkomsten van onderzoek bekend werden gemaakt.

Oudere mensen vertonen dezelfde voedingsgewoonten als jongeren. Dat betekent dat zij naar verhouding te veel vet en eiwit gebruiken en te weinig koolhydraten. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de behoefte aan energie, eiwit, vitamine B1, foliumzuur, vitamine A en ijzer bij ouderen lager is dan tot nu toe werd aangenomen, terwijl de behoefte aan calcium, vitamine D en vitamine B6 mogelijk hoger is.

Prof. dr. ir. D. Kromhout maakte de resultaten bekend van een studie in Zutphen bij mannen van 65-84 jaar. Deze mannen consumeerden relatief veel vet, eiwit en alcohol. Een groep 65-69-jarige mannen die ook al 1970 waren onderzocht, at nu minder brood, vlees, eieren, suikerproducten, oliën en vetten, en gebruikte meer rijst, macaroni, peulvruchten, fruit, vis, kaas, koek, gebak en alcohol. Ruim een kwart van de mannen hield een dieet. Meest voorgeschreven waren het zoutbeperkt dieet en het diabetesdieet. Het diabetesdieet bevatte veel eiwit en vet en weinig koolhydraten, hetgeen sterk afwijkt van het tegenwoordig aanbevolen dieet.

De resultaten uit Zutphen stemmen overeen met een onlangs gehouden landelijke steekproef. Volgens prof. Kromhout betekent dit dat de Richtlijnen Goede Voeding ook op ouderen van toepassing zijn. Dat wil zeggen: minder verzadigd vet, cholesterol, suiker en zout, meer zetmeel en voedingsvezel, en een matig gebruik van alcohol.

De voorziening met vitaminen uit de voeding is over het algemeen voldoende bij ouderen. Een uitzondering vormen B6 en vitamine D. Bij respectievelijk 10 en 16 procent van de zelfstandig wonende ouderen is deze voorziening juist voldoende. Extra toediening van preparaten is in bepaalde situaties gewenst. Maar deze percentages geven geen aanleiding tot het aanbevelen van

preparaten voor ouderen in het algemeen. Dit is zelfs ongewenst, omdat sommige vitaminen in hoge dosis schadelijk kunnen zijn.

Bron Stichting Voeding Nederland.

Spontane abortus

Het *New England Journal of Medicine* – 1988; 319: 189-94 – bevat een artikel van Wilcox et al., medewerkers van de Columbia Universiteit, New York. De auteurs gingen na hoe vaak een beginnende zwangerschap eindigt in een spontane afwijking van de vrucht. Zij onderzochten daartoe gedurende een aantal maanden de ochtendurine van 221 gezonde vrouwen die gestopt waren met anticonceptie om zwanger te worden. In totaal werden meer dan 20.000 urinemonsters uit 707 menstruele cycli onderzocht op de aanwezigheid van menselijk Chorion-Gonadotropine (hCG). Als controle diende de urine uit 80 cycli van 28 vrouwen die minstens één voldragene zwangerschap achter de rug hadden en daarna een eileideronderbinding hadden ondergaan.

In 198 menstruele cycli ontstond een zwangerschap. Van deze vruchten ging meer dan 20 procent al verloren voordat de zwangerschap door een arts was geconstateerd, en uiteindelijk zou 31 procent teloorgaan. In 19 procent van alle 707 cycli ontstond een zwangerschap die bestendig zou blijken.

De meerderheid van de 221 vrouwen had binnen een jaar een bestendige zwangerschap en baarde daarna een of twee kinderen; 47 vrouwen (21 procent) waren na zes maanden nog niet zwanger en 14 van hen (6 procent) waren dit ook nog niet na twee jaar. Deze percentages zijn eigenlijk nog hoger, omdat 19 vrouwen binnen zes maanden afzagen van hun wens om zwanger te worden: de percentages zijn dus in feite 23 en 7 procent van 202 vrouwen. Deze cijfers stemmen overeen met de cijfers uit de literatuur over ongewenste onvruchtbaarheid.

Hoe verging het nu de vrouwen die spontaan hun vrucht in een vroeg stadium van de zwangerschap verloren? Vaak wordt gedacht dat deze vrouwen minder kans hebben om een eventueel volgende zwangerschap met succes te beëindigen. Door de uitkomsten van dit onderzoek wordt dat tegengesproken. De vrouwen die een- of tweemaal een vrucht vroeg verloren, hadden vrijwel allen na verloop van tijd een zwangerschap die normaal verliep. Als men de zaak van de andere kant bekijkt, ziet men zelfs dat vrouwen die uiteindelijk vruchtbaar bleken, vaker een spontane abortus hadden gehad dan de vrouwen die na twee jaar nog onvruchtbaar waren. Kennelijk is een spontane abortus een

teken dat de processen van ovulatie, bevruchting en innesteling intact zijn.

De waarde van de opvatting dat men na een spontane abortus zou moeten wachten met een volgende zwangerschap, wordt door de schrijvers in twijfel getrokken. Zij wijzen erop dat vooral vrouwen van meer gevorderde leeftijd, gezien hun afnemende vruchtbaarheid, niet door zo'n pauze gediend zijn.

Bron Graadmeter 1988; 4(8).

Registratie ingedaalde testes

De Inspecteur voor Moederschapzorg en Kinderhygiëne vraagt in een brief aandacht voor een beter gebruik van de gegevens over het wel of niet ingedaald zijn van de testes bij pasgeboren jongetjes. Overbodige orchidopexie zou hiermee voorkomen kunnen worden. Hier volgen enkele passages uit de brief.

Uiteraard ben ik het er geheel mee eens dat de resultaten van het neonataal onderzoek, met name ten aanzien van dit punt, zodanig worden vastgelegd dat deze later ter beschikking kunnen komen. Het verstrekken van de observatie-resultaten aan de ouders op een apart papiertje is daarbij een hulpmiddel. Het risico bestaat echter dat dit gegeven op later tijdstip niet voor inzage ter beschikking is.

Mijns inziens zijn er ook nog andere mogelijkheden om de communicatie te verbeteren. In de eerste plaats is het zgn. Groeiboek op dit punt aangepast. Dit boekje wordt kort na de geboorte aan de ouders ter beschikking gesteld. Het bevat informatie over de groei en ontwikkeling van het kind. Zowel ouders als artsen en verpleegkundigen kunnen daar notities in maken. Voor het registreren van de testisindaling is een afzonderlijke plaats gereserveerd. Dit boekje moet dan op oudere leeftijd ter inzage kunnen zijn.

Een tweede mogelijkheid is dat de huisarts of specialist, die met de vraag zit of er bij een jongen op vroegere leeftijd al dan niet ingedaalde testis zijn geconstateerd, zich eventueel met behulp van de ouders, richten tot de plaatselijke Kruisorganisatie of afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Basisgezondheidsdienst. Op de consultatiebureaukaart (of dossier) wordt de ligging van de testis in het algemeen goed vastgelegd en ook in de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Basisgezondheidsdiensten wordt de ligging van de testis (vanaf 4 jaar) beoordeeld en geregistreerd.

Naar mijn mening wordt er door de curatief werkzame artsen te weinig informatie opgevraagd uit deze kaarten. De communicatie tussen de intra- en extramurale zorg zou op dit punt verbeterd kunnen worden.