



huisarts en wetenschap

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS
HUISARTSEN GENOOTSCHAP

REDACTIE: H. FRESE, BERGAMBACHT, HOOFDREDACTEUR - D. C. DEN HAAN, LEIDEN - A. HOFMANS, ROTTERDAM

Redactiesecretariaat: Keizersgracht 327, Amsterdam-C.

Uitgever: Fa A. H. Kruyt, Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, tel. 02959-6155, postgiro 142554

Abonnement f 12,50 per jaar, voor studenten f 7,50, buitenland f 15,-. Losse nummers f 1,50

Les van een huisarts

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Geachte Collegae,

Het ziektegeval dat ik met u wil bespreken is niet van recente datum, het is zelfs al tien jaar geleden dat dit drama zich afspeelde. Destijds heeft het echter zo'n diepe indruk op mij gemaakt en ik heb er zulke belangrijke lessen uit geleerd, dat ik het toch graag heden met u zou willen behandelen.

Tien jaar geleden dan, om precies te zijn: op 28 februari 1948 bemerk ik bij een routine-visite dat een kraamvrouw op de zevende dag post partum koorts heeft. Zij ziet er rood en warm uit, transpireert zichtbaar, heeft een snelle pols en een blik op het lijstje van de zuster leert dat de temperatuur $39^{\circ}4$ bedraagt. Patiënte heeft een koude rilling gehad en klaagt over pijn onder in de buik, die diffuus drukpijnlijk is. De bevalling was wat moeilijk en langdurig geweest, hoewel het haar tweede kind was en de eerste partus volkomen normaal was verlopen. Het was begonnen met spontaan aflopen van het vruchtwater. Toen daarop geen weeën volgden had ik haar compositrine gegeven (6 x 1 tablet met tussenruimten van een uur), iets wat ik nu, na ervaring met tetania uteri door dit middel, niet zo spoedig meer zou doen. Het duurde lang eer er volkomen ontsluiting was en de weeën bleven zo zwak dat ik toen 3E thymophysine had ingespoten. De uitdrijving was daarna echter vrij vlot geweest, in normale achterhoofdligging. Patiënte was erg blij geweest met haar dochttertje. Haar eerste kind was al acht jaar oud. Zij had éénmaal vóór en eenmaal ná

de geboorte van dit meisje een abortus gehad en had reeds bijna haar hoop op meer kinderen opgegeven toen zij zwanger werd. De graviditeit was, behoudens een flinke herpes zoster op linker schouder en arm in de vijfde maand, ongestoord geweest. Ik kende deze vrouw als een jonge, gezonde, kraakheldere wat stille en stijve Zeeuwse. Een jaar of tien geleden was zij met haar man in ons dorp komen wonen. Zij was sterk aan haar geboortegrond gebonden gebleven en voelde zich hier nog steeds niet helemaal thuis. In het kaartsysteem, dat ik als onvolprezen schat van gegevens van mijn voorganger erfde, vond ik vermeld dat zij een keer buikpijn gehad had met drukpijn op het punt van Mc. Burney en lichte défense musculaire, na een paar dagen gevolgd door diarree. Mogelijk was dit toch een appendicitis geweest. Het leek niet uitgesloten, dat haar huidige ziekte daarmee in verband gebracht moest worden: de verplaatsing van de inwendige organen in het puerperium zouden eventueel adhaesies los hebben kunnen scheuren en een oude ontsteking doen opflikkeren. Waarschijnlijker leek echter een gewone puerperale infectie, ontstaan onder invloed van de lange duur tussen het aflopen van het vruchtwater en de geboorte van het kind. Ik schreef haar daarom sulfadiazine voor. Koorts en pijn bleven echter bestaan en bij toucher op 2 maart vond ik achter de uterus een pijnlijke zwelling, die ik diagnostiseerde als een Douglas-abces. Tegenwoordig zou ik een dergelijke patiënte waar-

schijnlijk naar het ziekenhuis verwijzen en anders zeker met krachtige antibiotica behandelen. Daaraan viel destijds echter niet te denken bij deze kleine in het geheel niet verzekerde particulier. Patiënte kreeg septische temperaturen, na het staken van de sulfadiazine op 4 maart zakte de koorts echter en op 6 maart bleek een perforatie naar het rectum plaatsgevonden te hebben: met de ontlasting was een hoeveelheid bloed en pus te voorschijn gekomen. Hierop daalde de temperatuur spoedig tot normaal, maar er bleef een flink infiltraat te voelen en begin april was de bezinkingssnelheid nog 40 mm in het eerste en 72 in twee uur, hoewel patiënte weinig klachten had.

Op 7 april voelde ik bij het toucher een vaste zwelling achter de uterus met naar het rectum een tepelvormige uitloper. Deze bevinding alarmeerde mij buitengewoon, ik kreeg sterk de indruk met een gezwel te doen te hebben en verwees patiënte naar een gynecoloog. Deze berichtte mij dat de uterus, wat naar links gelegen, normaal was. Rechts achter onder was een harde ontstekings-tumor te voelen. Hij hield dit voor een salpingo-oöphoritis met infiltraat en adviseerde intensieve resorberende therapie: warmte en rust. Pas als het infiltraat helemaal weg was kon hij beoordelen of er nog operatief moest worden ingegrepen, maar daar wilde hij in elk geval nog maanden mee wachten. Patiënte rustte dus thuis en door middel van een Pincus-apparaat paste ik hete spoelingen toe. Het infiltraat werd kleiner. Begin mei was de B.S. nog 34/63, begin juni 47/76. Toen zond ik haar opnieuw naar de gynecoloog; hij vond dat de ontstekingsverschijnselen sterk waren verminderd. De uterus was naar zijn mening in maximale retroflexie muurvast gefixeerd. Hij wilde toch nog enkele maanden doorgaan met resorberende therapie. Begin juli was de B.S. 52/85. Eind juli was er een opflikkering van het proces met koorts toen de eerste menstruatie verscheen. Ik stelde de gynecoloog een penicillinekuur voor. Patiënte werd begin augustus opgenomen en behandeld met penicilline en kortegolf, maar er veranderde weinig in haar toestand. Eind september kwam de echtgenoot op mijn spreekuur klagen dat het ziekenhuis te duur voor hem werd en dat er toch niets meer met zijn vrouw gebeurde, daar de gynecoloog met vakantie was. Bij bezoek aan het ziekenhuis bleek dit laatste inderdaad het geval te zijn. Voor zijn vertrek had de gynecoloog een colpotomie verricht, maar hierbij was geen pus te voorschijn gekomen. Patiënte kwam naar huis en kuurde daar verder. Ik vond een B.S. van 47/84. De reactie van Pirquet bleek negatief te zijn, het infiltraat was nog ongeveer hetzelfde. Niet erg tevreden met en gerust op de gang van zaken vroeg ik thuis een andere gynecoloog in consult. Deze toucheerde lang en aandachtig en daarna trokken we ons in een aparte kamer terug. Ik heb daarvan genoteerd dat hij, evenals de eerste gynecoloog, de zwelling die ik achter de uterus meende te voelen voor het corpus uteri hield, dat hij rechts een onpijnlijk en links een pijnlijk tennisbal groot infiltraat met een weke kern

voelde. Hij adviseerde röntgentherapie ter verweking of resorptie en indien geen volledige resorptie optrad: radicale operatie. Deze bestraling is vermoedelijk poliklinisch ingesteld, maar daarvan heb ik geen aantekening gemaakt, wel dat ik haar enkele malen thuis bezocht en dat zij op 16 oktober een koude rilling en koorts kreeg na een ingreep door de gynecoloog. Ik heb haar toen met penicilline behandeld waarop de koorts verdween. Bij telefonische informatie bleken er enkele stukjes weefsel verwijderd te zijn voor microscopisch onderzoek. Op 25 oktober kreeg ik bericht dat de patholoog-anatoom hierin adeno-carcinoom had vastgesteld. Hij vroeg of er geen rectum-tumor aanwezig was. Het enige wat zijns inziens differentieel-diagnostisch nog in aanmerking kwam was endometriosis, maar er was niets te zien van endometrium-stroma en de atypie was veel te groot, hoewel er niet veel mitosen waren.

Patiënte is spoedig daarna opgenomen in het ziekenhuis. Begin november was ik aanwezig bij de operatie en zag met eigen ogen dat zowel het rechter als het linker ovarium en adnex (waaraan de beide gynecologen zulke afwijkingen meenden te voelen) geheel normaal waren. Achter de uterus werd echter een geïnfecteerd colon-carcinoom aangetroffen; er waren geen metastasen. Radicale operatie was onmogelijk. Patiënte heeft na de operatie hoge koorts gekregen. Eind november perforeerde de buikwand en kwam er veel pus naar buiten waarbij een uitgebreid huidemfyseem optrad. Patiënte is behandeld met een intensieve röntgen- en radiumkuur. De tumor reageerde echter weinig op de bestraling.

In januari kwam zij thuis — in enkele maanden wel tien jaar ouder geworden, mager en bleek. Nu volgt een tijd die zich moeilijk laat beschrijven, want het belang van de zakelijke medische gegevens zinkt in het niet bij de diepe tragiek van de confrontatie met het menselijk lijden en de onafwendbare dood. Men weet als medicus van te voren dat het een hopeloze zaak is, een bij voorbaat verloren strijd en toch moet men zich volledig, met een vertrouwen gevende rust en zekerheid en zelfs met een zeker optimisme inzetten. Het is een kunst om met de beschikbare middelen te woekeren door een juiste keuze van middel, tijdstip en dosering, waarbij men — bijvoorbeeld door te vroeg beginnen met morfine-injecties — de patiënt veel schade kan berokkenen, daar het meestal niet mogelijk is in dezen op zijn schreden terug te keren. Aan de andere kant is het onze plicht het lijden van de patiënt zo draaglijk mogelijk te maken. In het voortreffelijke artikel van Bax¹ kan men hierover tal van nuttige en wijze raadgevingen lezen. Zo de geneeskunde ooit een kunst mag worden genoemd, dan is het bij het behandelen van deze patiënten.

Ik begon met het bestrijden van de anemie en het stimuleren van de eetlust. Door middel van julapia, ijzer, vitamines en tonica gelukte dit aanvankelijk vrij goed. Het uitgewerkt zijn van de stralingskater en mijn geregelde belangstelling en opbeuring zullen ongetwijfeld ook van invloed geweest zijn. Hoe

dan ook, patiënte's eetlust nam toe, zij kwam wat aan, voelde zich beter en het Hb-gehalte steeg van 50 tot 70 procent. De regeling van de defecatie en de verzorging van de fistels eisten veel toewijding, waarbij de hulp van de wijkzuster van grote waarde was. Opflikkeringen van de ontstekingsverschijnselen konden met chemotherapeutica en antibiotica worden bestreden, een enkele incisie kon verlichting geven en, al ging de toestand spoedig langzaam achteruit, telkens waren er toch grote of kleinere tijdelijke verbeteringen waarop de nadruk kon worden gelegd. Later werden slaapmiddelen nodig, daarna analgetica, eerst lichte, daarna zwaardere en tenslotte morfine. De lever begon te zwellen, de fistels werden steeds groter en hoewel patiënte's jonge lichaam zich taai verdedigde, namen haar krachten meer en meer af. Zij moest steeds langer te bed blijven, verergerde zienderogen en verspreidde een afschuwelijke lucht in de ziekenkamer. Haar eetlust verdween totaal, zij dronk tenslotte alleen nog water en na een dagenlange, gelukkig pijnloze doodstrijd stierf zij tenslotte op 13 juli in het uiterste stadium van cachexie. Een vrouw van 36 jaar, maar er naamloos oud uitziend, letterlijk vel over heen zoals ik constateerde toen de zuster haar aflegde en ik de overlijdensverklaring invulde: coloncarcinoom met metastasen.

Welke lessen hebben deze ziektegeschiedenis mij nu geleerd?

In de eerste plaats dat de bevindingen bij een toucher, ook voor de vingers van een zeer ervaren, slechts een beperkte waarde hebben. De interpretatie van deze bevindingen is een zaak vol voetangels en klemmen en ik heb sindsdien enige malen meegemaakt dat, hetgeen de ene gynecoloog meende te voelen aanzienlijk verschilde van wat een ander bij dezelfde patiënte vond. De subjectieve factor is bij dit onderzoek veel groter dan ik vroeger dacht.

In de tweede plaats kon ik de gedachte niet van mij afzetten dat de juiste diagnose bij deze patiënte eigenlijk veel eerder had kunnen worden gesteld. Het is zeer de vraag of dit haar leven zou hebben gered, maar het gaf mij toch het gevoel tekortgeschoten te zijn. Ik geloof, dat het niet redelijk is de schuld voor het tijdsverzuim de eerste gynecoloog zonder meer in de schoenen te schuiven. Deze vond tenslotte bij een patiënte, die naar hem verwezen was, een afwijking op zijn gebied, die hij meende te kunnen diagnostiseren. De moeilijkheid was dat de aandoening eigenlijk buiten zijn specialistisch terrein viel en alleen maar toevallig in zijn gebied voelbaar was. Ik geloof niet dat we hem veel verwijten kunnen maken.

Over deze ziektegeschiedenis nadenkende kwam ik tot de conclusie, dat ik eigenlijk zelf had gefaald en dat ik iets had gedaan wat men misschien een typische huisarts-fout zou kunnen noemen. Afgezien van de mogelijkheid, dat ik de aanwezigheid van de tumor misschien reeds vóór of tijdens de partus had kunnen vaststellen, was ik later wel op

het goede spoor geweest; ik had op 7 april gemeend een gezwel achter de uterus te voelen. Zonder mij nu verder af te vragen wat dit voor een gezwel had kunnen zijn, heb ik de patiënte naar een gynecoloog verwezen, eigenlijk alleen omdat ik deze bevinding had gedaan door middel van een vaginaal toucher. De mening van de vrouwenarts en het beloop zonder veel vooruitgang, zoals toch wel bij de gestelde diagnose te verwachten zou zijn geweest, hebben mij eigenlijk niet bevredigd. Ik bleef ongerust en heb hem, toen de patiënte nog thuis was, een paar maal opgebeld om aan te dringen op laparotomie, zonder zelf nu eens verder na te denken. Wanneer ik dit wel zou hebben gedaan, zou de mogelijkheid van een colon-tumor spoedig naar voren zijn gekomen en zou ik bijvoorbeeld de feces geregeld op bloedverlies hebben kunnen nazien. Ik had een chirurg naar zijn opinie kunnen vragen en hem kunnen verzoeken om rectoscopie te doen. Inplaats daarvan legde ik me, zonder echt overtuigd te zijn, met tegenzin neer bij de mening van de specialist onder het motto: hij zal het wel beter weten dan ik.

Het belang van deze patiënte zou beter gediend zijn geweest wanneer ik, alvorens de mening van een specialist in te winnen en ook daarna, zelf actief geprobeerd had in hoeverre ik met eigen middelen tot een betere diagnose had kunnen komen. De ongelukkige gang van zaken bij de behandeling van onze patiënte is mede een gevolg geweest van een gebrek aan contact tussen mij en de behandelend specialist. Jong en schuchter als ik destijds was ging er veel te weinig initiatief tot een dergelijk contact van mij uit. Toen patiënte in het ziekenhuis was opgenomen zocht ik haar veel te weinig op, waarvan de reden eigenlijk was dat ik me destijds slechts een soort belangstellend bezoeker voelde en niet goed raad wist met mijn houding. Mijn overpeinzingen over de loop der dingen leerden me, dat ik uitging van de verkeerde veronderstelling, dat de verantwoordelijkheid van mij af was wanneer ik de mening van een specialist had ingewonnen en deze de behandeling verder superviseerde.

Deze patiënte heeft me de belangrijke les geleerd, dat een dergelijke on- of halfbewuste vooronderstelling onjuist is. De verantwoordelijkheid van de huisarts vloeit eigenlijk niet voort uit het feit dat de patiënt zich incidenteel, voor een bepaalde klacht of afwijking, onder zijn behandeling heeft gesteld. Dan zou deze verantwoordelijkheid slechts zolang bestaan als de behandeling duurt en ophouden wanneer een ander de behandeling heeft overgenomen. Neen, de verantwoordelijkheid vloeit voort uit het feit dat de patiënt hem als huisarts heeft gekozen en hij deze keuze heeft geaccepteerd. Dit betekent niet alleen het zelfstandig of met behulp van anderen trachten te genezen van lichtere of ernstige ziekten, waarvoor de patiënt zijn hulp inroept, maar ook het aanvaarden van de functie van permanent deskundig adviseur in zaken van gezondheid en ziekte, van persoonlijk medisch

leidsman voor zijn patiënten. Deze verantwoordelijkheid houdt dus niet op wanneer de patiënt naar een specialist is verwezen of in een ziekenhuis is opgenomen. Vrijwel ieder specialisme is immers beperkt en de beoefenaren van specialistische geneeskunde zijn er toe geneigd elkaars terrein niet te betreden. Maar zelfs al zou deze beperktheid niet bestaan, dan nog blijft de huisarts mede verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënt. De continuïteit in de medische zorg voor, en de integratie bij de behandeling van zijn patiënten behoren juist tot de belangrijkste kenmerken van de huisarts-geneeskunde.

De geschiedenis van deze patiënte heeft er voor mij toe bijgedragen dat ik me bewust geworden ben van hoe groot belang het besef van deze continue verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt is. Het naar voren brengen van dit belang is het voornaamste deel van deze les.

Deze vrouw heeft me echter nog iets anders geleerd. Vaak ben ik met lood in de schoenen bij haar binnengestapt. Hoe dikwijls heb ik niet de onvermijdelijk lijkende vraag verwacht: „dokter, kan ik nog beter worden?” of, „dokter, is het kanker?”

Ik zag daar tegenop, omdat ik het moeilijk vond hierop een goed antwoord te geven en ik haar niet een laatste restje hoop wilde ontnemen. Verschillende keren leek het gesprek die kant op te gaan en meende ik dat zij deze vraag op de lippen had. Maar zij stelde hem niet, hoewel zij daartoe alle redenen en gelegenheden had. Tenslotte kreeg ik een gevoel wat ik meerdere malen bij dergelijke patiënten gehad heb: een gevoel van een stilzwijgende verstandhouding, een geheim tussen ons beiden, een stille afspraak daarover niet te spreken. Soms, zoals bij haar, was het in een blik, een gebaar, duidelijk dat zij het begreep, soms ook dat de patiënt niet wilde begrijpen, daarover niet wilde denken. Mijn ervaring is dat de vraag: dokter is het kanker, ben ik ongeneeslijk? gesteld wordt door patiënten bij wie we met een gerust hart opgelucht een ontkenkend antwoord kunnen geven en de angst weglachen en dat de patiënten, bij wie we dit niet zouden kunnen doen, deze vraag meestal niet stellen, maar in hun hart bewaren. *april 1958.*

LITERATUUR

1. Bax, H. R. (1956) Ned. T. Geneesk., 100, 2601.

Afspraakspreekuur voor de huisarts

DOOR DR. R. S. TEN CATE, HUISARTS TE WASSENAAR

Spreekuur van 8-9
en van 1-2

Het is slechts zelden, dat wij een dergelijke aankondiging missen op het bord, dat de meeste artsenhuizen als zodanig kenmerkt. Wat dit voor de patiënten betekent, blijkt, wanneer wij de moeite nemen om na te gaan, hoeveel patiënten in dit uur, dat officieel geannonceerd staat, geholpen kunnen worden.

In mijn eigen praktijk¹ bleek, dat gedurende 48 ochtendspreekuren 1342 consulten plaats vonden; hieruit volgt, dat gemiddeld 28 patiënten per spreekuur werden geholpen. Wanneer we aannemen, dat deze 28 patiënten gedurende 60 minuten (de officieel geannonceerde spreekuurtijd) met gelijke tussenpozen aankomen, komt er iedere 128,6 seconde een persoon binnen. Uit voorafgaande onderzoeken bleek tevens, dat de behandeling per persoon 234 seconden (3 minuten en 54 seconden) vergde.

Patiënt no 1 wordt direct geholpen en wacht dus niet.
Patiënt no 1 is dus na 234 sec. weer vertrokken.
Patiënt no 2 komt na 128,6 sec.

wacht dus 105,4 sec. en is dus na
2 x 234 sec. = 468 sec. weer vertrokken.

Patiënt no 3 komt na
2 x 128,6 sec. = 257,2 sec.

wacht dus 210,8 sec. d.i. 2 x 105,4 sec.
enz.

De totale wachttijd laat zich berekenen met de formule voor de som van een rekenkundige reeks:

$$S_n = \frac{1}{2}n(a + 1)$$

$$S_n = \frac{1}{2} \times 27(1 + 27) = 378$$

Totale wachttijd is 378 x 105,4 sec. = 39841,2 sec.

Dit betekent, dat iedere patiënt, zelfs in een naar redelijke eisen ingerichte praktijkruimte met een geroutineerde doktersassistente, gemiddeld 24 minuten in de wachtkamer zit te wachten. Het is voor iedere arts, die zijn gemiddelde behandelingsduur kent en weet, hoeveel patiënten er gemiddeld op zijn spreekuur komen, mogelijk, om met behulp van bovenstaande formule de gemiddelde wachttijd uit te rekenen. Deze wachttijd wordt sterk beïnvloed door de gemiddelde behandelingsduur en deze is weer afhankelijk van een aantal factoren, zoals de aard van de onderzoeker, casu quo de grondigheid van het onderzoek, de al of niet efficiënte inrichting van de praktijkruimten en de aanwezigheid van een praktijkhulp.

Van Deen² vindt bijvoorbeeld een behandelingsduur van 5 minuten en 50 seconden per patiënt. Bij een praktijkgrootte van 2080 patiënten betekent dit, wanneer we aannemen, dat het spreekuurbezoek relatief hetzelfde is, een wachttijd van gemiddeld 38 minuten per patiënt. In een normatieve praktijk van 2951 zielen (getal van 1955) zou dit onder gelijksoortige omstandigheden bij een behandelingsduur