

# Notities uit de praktijk van de huisarts

DOOR DR. H. H. W. HOGERZEIL, HUISARTS TE ZWOLLE

Tot nu toe werd in „huisarts en wetenschap” weinig gepubliceerd over eenvoudige methodieken, welke in de huisartsenpraktijk kunnen worden toegepast. Als voorbeeld hiervan moge ik een ervaring uit mijn eigen praktijk weergeven; niet zozeer om de importantie hiervan dan wel uit de overweging dat ook anderen misschien iets aan hun praktijkroutine toevoegden, wat collegae kunnen overnemen.

Een der oorzaken, dat huisartsen zo weinig publiceren over hun wijze van praktijkvoering, ligt hierin, dat zij, die een nieuwe methode in gebruik nemen, deze meestal zelf onbelangrijk vinden. Vergeven wordt dat juist de eenvoudige oplossing, indien waardevol, vaak door een ander zonder meer kan worden overgenomen. Op dezelfde manier kunnen de gesprekken in studiegroepen of in enigerlei N.H.G.-verband, ons inzicht soms verruimen. Misschien kunnen wij in „huisarts en wetenschap” gezamenlijk een aantal notities uit de praktijk bijeen brengen, waarmede wij voor ons allen een mogelijkheid scheppen de uitvoering van onze geneeskunst te verdiepen of te evolueren.

Na deze korte uiteenzetting over de aanleiding tot deze publikatie wil ik mij verder tot het onderwerp bepalen.

De N.H.G.-werkkaart heeft op de bovenste regel een coderingsmogelijkheid. Op deze regel komen dertig vakjes voor, verdeeld in drie groepen van tien. Het laatste vakje, de derde nul, gebruik ik voor het coderen van patiënten, die niet meer door mij worden behandeld. Bij deze patiënten kan men twee aparte groepen onderscheiden. Elke groep heeft een ruiter in eigen kleur. Uiteraard zijn er meer groepen: patiënten, die verhuizen, die langdurig gehospitaliseerd worden enz., maar deze vallen buiten deze bespreking.

Het doel van deze codering, of beter gezegd, signalering, is mijzelf halfjaarlijks op deze werkkaarten te attenderen. In de eerste week van januari of juli worden de ziektegeschiedenissen, die op deze kaarten vermeld staan, aan een kritische analyse onderworpen, waarna de ruiters worden afgenomen en de kaarten naar een andere bak verhuizen.

De eerste groep patiënten omvat de overledenen, inclusief de doodgeboorten. Wanneer men het hele verloop van het ziekzijn en de geneeskundige behandeling, die daarbij werd toegepast, nog eens doorneemt, kan men goed nagaan in hoeverre diagnostiek en therapie op de juiste wijze werd geredigeerd dan wel of men op een bepaald ogenblik be-

ter andere wegen had kunnen inslaan. Juist door deze analyse is het mogelijk te proberen soortgelijke ziekten in de toekomst anders te behandelen, dan wel andere preventieve maatregelen te treffen, opdat misschien betere resultaten mogen worden verwacht.

Ter illustratie van deze gedachtengang en de praktische consequenties, die hieruit voortvloeien, twee voorbeelden: De laatste halfjaarlijkse analyse attenderde mij op twee patiënten, beiden overleden aan een carcinoom, die beiden door dezelfde oorzaak niet optimaal waren behandeld.

De eerste patiënte, een gehuwde vrouw van 52 jaar, kinderloos, genoot steeds een zeer goede gezondheid. Zij was mij slechts bekend als de trouwe verzorgster van haar man, die sinds jaren aan een maagulcus leed. Op een morgen kwam zij mij raadplegen voor een afwijking in de rechter borst. Bij onderzoek vond ik een weinig duidelijk cysteus aandoende verdikking van de mamma, geen vergrote lymfeklieren en een normale bezinkingssnelheid van de erythrocyten. De geraadpleegde chirurg adviseerde twee maanden te wachten en haar dan weer te controleren. Patiënte werd dit medegedeeld en zij vertrok weer naar huis, met de belofte na twee maanden terug te komen. Patiënte kwam niet terug. Het duurde vier maanden alvorens ik haar toevallig terug zag en haar toen ook controleerde voor de bestaande afwijking. Deze tweede keer vond ik een duidelijke palpabele klier in de rechter axilla, hetwelk een metastase bleek te zijn van een mammacarcinoom. Niettegenstaande ablatio mammae, röntgenbestraling en hormoonstoediening kreeg patiënte vrij spoedig overal metastasen, o.a. in de huid, en overleed, na een met grote moed en opgewektheid gedragen lijden, aan de gevolgen van een niet tijdig geopereerd mammacarcinoom.

Het kritisch nalezen van dit ziekteverloop vestigde de aandacht op een viertal punten:

1 Elk nieuw ontstaan, variabel symptoom is zelden onschuldig maar vereist onze voortdurende geneeskundige en administratieve oplettendheid.

2 Het advies van de specialist is, tenzij de toestand van de patiënt een acuut overnemen der behandeling noodzakelijk maakt en wettigt, een advies ad hoc. Hierna draagt hij de verantwoordelijkheid voor de continuïteit der behandeling en voor het vervolgen der symptomen over aan de huisarts. In het onderhavige geval is het niet juist de verantwoordelijkheid voor het verloop op de chirurg af te schuiven, daar deze patiënte en huisarts had geadviseerd terug te komen. Wel is het noodzakelijk met de chirurg deze ziektegeschiedenis te bespreken ten einde in de toekomst door een betere samenwerking herhaling te voorkomen.

3 Mijn medische administratie was niet zo ingericht, dat ik aan het feit kon worden herinnerd, dat bij deze patiënte het sein duidelijk op onveilig stond.

4 Patiënte was zelf in gebreke gebleven het haar zeer duidelijk gegeven advies op te volgen.

Onvoldoende waardering van het symptoom, onvoldoende samenwerking tussen specialist en huisarts, onvoldoende administratie-techniek en onvoldoende attentie van de patiënt waren in deze oorzaak van het verzuimen van een ingreep, welke, indien tijdig uitgevoerd, een kans op gunstig resultaat zou hebben geboden.

Een soortgelijk geval betrof een man van 49 jaar, gehuwd, vader van drie zonen, actief op sociaal en cultureel gebied en zeer gewaardeerd in de fabriek waar hij leiding had. Eind 1956 belde hij mij op tijdens een griep epidemie, met het verzoek hem eens na te zien omdat hij moest hoesten en wat rugpijn had. Bij het onderzoek van deze gezonde man kon ik fysisch-diagnostisch geen afwijkingen vinden, behoudens een matig verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten. Ik gaf hem wat expectorantia en bestelde hem na tien dagen terug. Bij mijn tweede onderzoek waren zijn klachten sterk verminderd, maar nog niet geheel over terwijl de bezinkingssnelheid van de erythrocyten verhoogd bleef. De geraadpleegde internist vond wat streep-tekening in de linker longtop en de diagnose werd gesteld op een banale infectie tijdens een griep epidemie. Patiënt werd gevraagd na een maand terug te komen om zijn bloedafwijking te laten controleren en eventueel een hernieuwd röntgenonderzoek te ondergaan. Ook hier bleven patiënt en huisarts in gebreke. De patiënt kwam na ruim drie en een halve maand terug en vertelde toen, dat hij al die tijd wat was blijven hoesten en „soms pijn had in die stomme rug, maar ja ik dacht dat dit eigenlijk door wat al te hard werken kwam, waarvoor een vakantie wel remedie zou brengen!” Hij zag er wat minder goed uit, maar maakte toch geen zieke indruk. Dezelfde routine-onderzoekingen werden verricht. De bezinkingssnelheid van de erythrocyten was nog steeds verhoogd en de thoraxfoto gaf nu een weinig, maar wel duidelijk, vergrote hilus aan. Deze bevindingen, gevoegd bij de voorgeschiedenis, brachten dadelijk de differentiële diagnose, nieuwvorming in de thorax, in het overleg tussen ons, huisarts en internist, hoewel wij er bij deze aardige en algemeen gewaardeerde nog jonge man eigenlijk niet aan wilden. Bij de een maand later uitgevoerde thoracotomie vertoonde zich in het vergroeide mediastinum het beeld, dat onherroepelijk voert naar het syndroom van de benauwde, steeds hoestende en vermagerende patiënt met een inoperabel longcarcinoom.

Bij het kritisch nalezen werd duidelijk, dat zich hier soortgelijke situaties als bij de eerste patiënte hadden voorgedaan. Onvoldoende waardering van het nieuwe, variabele symptoom (verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten, geringe longafwijking, hoesten, geen duidelijk diagnose), onvoldoende overleg specialist-huisarts, onvoldoende mogelijkheid tot routinesignalering van noodzakelijk te controleren patiënten, onvoldoende attentie bij de patiënt. Daarnaast drong zich hier nog een andere gedachte op: Is de (huis)arts bij de patiënt, die hij goed kent of als mens zeer waardeert, minder snel bereid een ernstige diagnose te stellen of een onfaulste prognose te aanvaarden, dan bij de onbekende, hem indifferente patiënt? Zou misschien ook deze situatie het bijgeloof onderhouden, dat vrouwen en kinderen van collega's altijd iets bijzonders hebben? Staat men bij collegiale behandeling onvoldoende

objectief tegenover de feiten, waardoor soms kostbare tijd verloren gaat en adequate maatregelen worden verzuimd „omdat dat zo lastig is en het wel mee zal vallen”? Het is maar een tussengedachte, maar toch misschien een nader onderzoek waard. Tot zover de twee voorbeelden.

\*\*\*

De halfjaarlijkse controle van deze zich duidelijk presenterende kaarten en het herlezen van hun medische biografie met de hierbij behorende kritische analyse der geneeskundige behandelingen is voor de behandelend geneesheer bijzonder nuttig, al zal het niet altijd zijn gevoel van eigenwaarde versterken. In mijn praktijk dwong deze analyse mij tot het nemen van een maatregel, welke het mogelijk zou maken een herhaling van deze gevallen te voorkomen. Iedere patiënt, die een nieuwe, blijvende, variabele afwijking vertoont van zijn tot dan bestaande norm, wordt geadviseerd na een bepaalde tijd terug te komen voor controle. Eventueel kan men dit tijdstip op een klein kaartje voor hem noteren en meegeven. De assistente noteert in het afsprakenboek een week na de afgesproken datum. Verschijnt patiënt niet uit zich zelf, dan wordt hij opgeroepen. Verschijnt hij wederom niet, dan wordt hij door mij thuis bezocht. Op deze manier wordt vermeden, dat de patiënt, waarbij het sein op onveilig staat, aan onze aandacht ontsnapt.

Dit blijven controleren van de patiënt is specifiek een taak van de huisarts. De specialist moet dit ook wel doen, maar de huisarts beschikt vooral door zijn persoonlijk contact als gezinsarts over veel betere mogelijkheden.

De boven beschreven methode, ontstaan uit de noodzaak een oplossing te vinden voor het vermijden van een gebleken foutenbron in de behandeling van de patiënt, is zeer eenvoudig en voldoet aan de haar gestelde eisen. Voor een goede methode is noch meer noch minder nodig.

Sommige lezers zullen menen, dat deze patiënten toch niet te redden waren geweest en dat de geneeskundigen in dezen geen schuld treft. Met beide opmerkingen kan ik het eens zijn. Maar een betere methode geeft meer kansen op een gunstig resultaat. In het medisch denken geldt niet de schuldvraag, maar het vinden van wegen om fouten door analyse of experiment aangetoond, in de toekomst te vermijden.

Het bovenstaande betrof een poging tot verbetering der praktijkvoering in het technische, natuurwetenschappelijke en administratieve vlak.

De tweede groep patiënten, welke niet meer door de huisarts wordt behandeld, omvat degenen, die zich tot een andere huisarts hebben gewend. De analyse van de biografie dezer patiënten kan ons aanwijzingen geven over ons medisch handelen in emotionele sfeer en wel in die van de arts-patiënt relatie. Het is bijzonder leerzaam zich af te vragen,

waarom een patiënt een andere huisarts prefereert en dit niet met het oog op de grootte van onze praktijk, doch om onze belangstelling in onze benadering van de patiënt. Ook hier geeft de halfjaarlijkse analyse aanwijzingen omtrent voorvallen, waarbij deze benadering van de patiënt beslist niet optimaal kon worden geacht, tot schade van de patiënt en de arts. Het zou te ver voeren voor een „notitie uit de praktijk” ook deze gevallen met voorbeelden te illustreren.

Een andere mogelijkheid voor het registreren van deze twee groepen patiënten is dit met een aantal leden van een lokale studiegroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap te doen en gezamenlijk de gevallen te bespreken, eventueel in gezelschap van de betrokken specialist. Men zou deze patiënten als uitgangspunt van zijn discussies kunnen nemen. Het schijnt mij een uitstekende methode om de discussie in een groep op gang te brengen. Zo leze men ook het bovenstaande. Het werd geschreven om anderen een idee te geven over een in de dagelijkse routine bruikbaar gebleken methode. Ook om anderen uit te nodigen hun ervaringen met andere methoden, die in hun praktijk effectief bleken, te publiceren, opdat wij door een onderlinge uitwisseling van methoden tot een optimale praktijkvoering komen. Vaak zal een ervaring slechts eenvoudig en weinig spectaculair zijn, maar de resultaten kunnen helpen onze geneeskunst te evolueren.

## Enkele aspecten van de water- en zouthuishouding van het menselijk lichaam

DOOR DR. C. K. V. VAN DOMMELEN, INTERNIST TE ROTTERDAM

Voor de hier volgende bespreking van enkele aspecten van de water- en zouthuishouding van het menselijk lichaam moge worden begonnen met twee korte ziektegeschiedenissen, omdat deze enkele problemen van ons onderwerp illustreren.

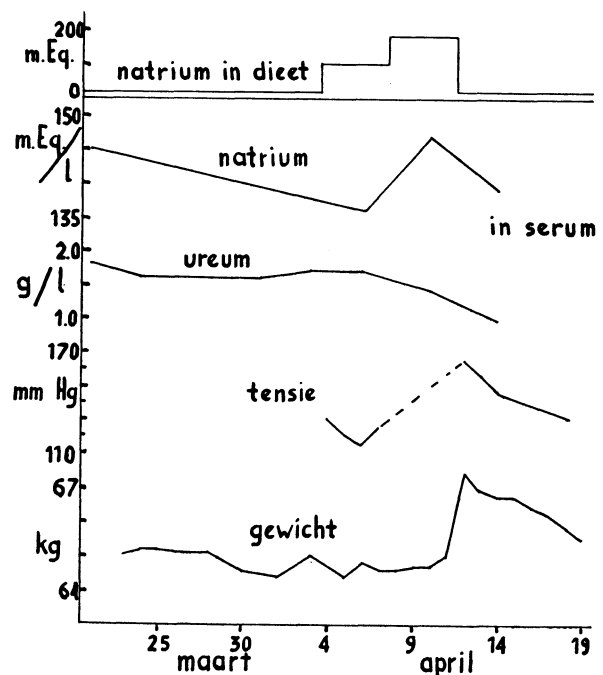
Een 43-jarige lijdende aan chronische glomerulonephritis toonmisch. Hij werd behandeld met bedrust en een dieet dat tien g eiwit bevatte en nagenoeg zoutloos was. Het ureumgehalte van het bloed daalde de eerste week iets, bleef daarna op één hoogte en toonde zelfs neiging tot stijgen (figuur 1). Het natriumgehalte in het serum daalde. Wij vermoedden dat de toch al slechte nierfunctie nog meer was gestoord als gevolg van zoutgebrek, en voegden drie g keukenzout per dag aan het dieet toe. Dit had gunstige gevolgen: het ureumgehalte van het serum daalde, terwijl het natriumgehalte steeg. Maar na verhoging van de toediening van natriumchloride kwamen er ongunstige werkingen: de bloeddruk steeg flink, het lichaamsgewicht, dat eerst geheel onveranderd was gebleven, nam sterk toe, en er ontstond duidelijk oedeem aan de benen; de patiënt klaagde over hoofdpijn. Het ureumgehalte van het bloed daalde echter verder. Na het staken van de extra gift keukenzout duurde het ongeveer een week eer de ongunstige verschijnselen waren verdwenen.

Een 43-jarige lijdende aan chronische glomerulonephritis toonde gewichtsval bij langdurige behandeling met streng natriumarme voeding; er ging meer natrium met de urine verloren dan er in deze voeding aanwezig was. Toen hem extra natriumchloride (zes g per dag) werd gegeven, retineerde hij dit de eerste tien dagen grotendeels; pas na een week echter steeg het lichaamsgewicht (figuur 2).

Deze waarnemingen illustreren, dat:  
 natriumretentie leidt tot oedeem;  
 de keukenzoutstofwisseling en de bloeddruk met elkaar in verband staan;  
 bij een slechte nierfunctie het natriumgehalte van het serum kan dalen;  
 hierdoor de nierfunctie slecht wordt beïnvloed;

het dagen duurt eer een overmaat keukenzout is uitgescheiden;

de water- en zoutstofwisseling bij deze patiënten grotendeels met zeer eenvoudige middelen kan worden nagegaan, namelijk door dagelijkse weging en meten van de bloeddruk. Dit wegen geeft ons een indruk over de extracellulaire vloeistof in het lichaam.



Figuur 1: De invloed van het natriumgehalte in de voeding bij een patiënt met beiderzijds cystenieren