

- 6 Het onderzoek mag niet veel extra tijd vergen.
- 7 Ingewikkelde laboratoriumproeven mogen niet nodig zijn.
- 8 Het gebruik van kostbare apparatuur dient te worden vermeden.
- 9 De vraagstelling moet tevoren nauwkeurig en schriftelijk worden vastgelegd.
- 10 Een oriënterend literatuuronderzoek moet voorafgaan aan het eigen onderzoek.
- 11 Men beperke zich tot het verzamelen van uitsluitend ter zake dienende gegevens.
- 12 De methode van het verkrijgen van gegevens dient bij voorkeur met de praktijkroutine verenigbaar te zijn.
- 13 Men dient zich tevoren rekenschap te geven van de methode van bewerking; een eventueel te ge-

- bruiken formulier worde opgesteld op een zodanige wijze, dat eenvoudige bewerking van de uitkomsten is verzekerd.
- 14 Een goed georganiseerde medische administratie kan een waardevolle grondslag zijn voor tal van onderzoeken.
- 15 Men geve aan de C.W.O. kennis van een voorgenomen onderzoek. Deze kan, indien gewenst, optreden als adviseur voor de inrichting van het onderzoek en, indien gewenst, contact leggen met deskundigen.

(1954) Practitioner, 173, 67.
 Doeleman, F. (1957) huisarts en wetenschap 1, 21.
 Hogerzeil, H. H. W. (1957) huisarts en wetenschap 1, 25.
 (1958) huisarts en wetenschap 2, 39.
 Huygen, F. J. A. (1956) Medisch Contact 11, 730.

CASUÏSTIEK

Onder invloed van de patiënt

Het is vooral na de laatste oorlog, dat de studie van de onderlinge menselijke verhoudingen in het centrum van de belangstelling is komen te staan. Wat hiervan de reden ook moge zijn, misschien de enorme toename van de bevolkingsdichtheid, een feit is, dat een wetenschap als bijvoorbeeld de sociologie zich in een bijzondere populariteit mag verheugen. Wat ons momenteel interesseert is de arts-patiënt verhouding, want ook deze verhouding is een probleem, althans een studieobject, geworden. In het algemeen kan men zeggen dat bij de ontmoeting van twee mensen A en B het volgende gebeurt: A gedraagt zich ten opzichte van B zoals hij meent, dat B van hem zal verwachten; B gedraagt zich ten opzichte van A zoals hij weer meent, dat A van hem verwacht. Er is dus tijdens de ontmoeting een voortdurende wisselwerking. Voor de arts-patiënt relatie zal hetzelfde gelden; de arts wordt op zijn beurt beïnvloed door de patiënt. Ook hij zal moeten toegeven, dat zijn houding tegenover mevrouw B, de weduwe van de notaris, geheel anders is dan tegenover mevrouw C, de vrouw van de parkwachter.

Het zich verschillend instellen ten opzichte van verschillende patiënten is misschien de reden, waarom ons beroep vaak zo uitermate vermoeiend kan zijn. Dit vermogen van aanpassing aan de medemens, van souplesse, zo men wil, wordt van ieder geëist, die in zijn werk voortdurend met andere mensen in aanraking komt en is dus zeker niet typisch te noemen voor de verhouding van arts tot patiënt.

Wel kenmerkend voor deze relatie is, dat souplesse wordt gevraagd in gesprekken over onderwerpen die niet steeds aan de oppervlakte van het dagelijks

leven liggen. Wil deze souplesse echter niet ontaarden in karakterloosheid, dan zal het noodzakelijk zijn, dat de arts zich voortdurend bewust is van de invloed die de patiënt op hem uitoefent en die misschien zijn medisch handelen in ongunstige zin zou kunnen beïnvloeden. *Rümke* geeft een duidelijk voorbeeld van het registreren van deze invloed van de patiënt op onszelf. Hij schrijft: „Zo heb ik eens het krachtigst argument voor het bestaan van een allereerst beginnende dementie bij een gecultiveerde man gevoeld in een kleine nuance van jovialiteit, die in mijzelf ten opzichte van deze man ontstond, een lichte vervlakking in mijn woordenkeus. Een zéér licht decorumverlies mijnerzijds kondigde mij de dementie aan van mijn patiënt.”

Een categorie patiënten, die ons medisch handelen kan verlammen, vormen de oude en de zeer oude mensen. De volgende ziektegeschiedenis was de aanleiding tot het schrijven van deze beschouwing. Mevrouw A, oud 85 jaren, is ruim een jaar in mijn praktijk en woont, samen met haar echtgenoot, in het nieuw gebouwde bejaardencentrum. Zij had sedert ongeveer vijftien jaren een trigeminusneuralgie en wanneer ik bij haar kwam zat zij meestal aan tafel met de hand tegen de pijnlijk vertrokken rechter gelaatshelft aangedrukt: zij had een typische „tic douloureux”. Haar vorige huisarts deelde mij mede, dat zij hiervoor ongeveer twaalf jaar geleden onder behandeling was geweest, waarbij wortelresten uit de kaak waren verwijderd. De pijn was echter vrij snel teruggekomen, zodat zij zelden geheel vrij van klachten was.

Gedurende een jaar probeerde ik tevergeefs haar klachten te beïnvloeden met analgetica, lokaal

aethocaïne en trichlorethyleen om te inhaleren. Zo tobden wij door, waarbij ik patiënte een- à tweemaal per week opzocht om haar wat moed in te spreken.

Tijdens een bezoek van een bevriende collega, huisarts elders, liet ik met min of meer gepaste trots het nieuwe bejaardentehuis zien, waarbij ook de kamer van patiënt werd getoond.

Terloops maakte mijn vriend een praatje met haar en vroeg mij later waarom ik deze vrouw niet liet opereren. Hij meende ergens te hebben gelezen, dat tegenwoordig ook bij zeer oude mensen met deze kwaal nog wel het een en ander mogelijk was. Deze opmerking deed mij enkele dagen later een neuroloog opbellen, die mij inderdaad de verzekering gaf, dat ook hier misschien nog een chirurgische oplossing zou kunnen worden gevonden. Na veel praten liet patiënte zich overreden en werd zij op een neurochirurgische afdeling opgenomen. Na enkele weken kreeg ik het volgende schrijven:

„Uw patiënte mevrouw A werd opgenomen wegens een trigeminusneuralgie rechts, welke sinds vijftien jaar bestond en niet meer reageerde op conservatieve therapie. In verband met een optredende cystitis werd de operatie enige dagen uitgesteld. Bij preoperatief intern onderzoek werd een slechte longfunctie en multiloculaire extrasystolen geconstateerd. Zij vormden echter geen absolute contraïndicatie tegen operatie. Tenslotte kon tot operatie worden overgegaan, waarbij het rechter ganglion Gasseri gecoaguleerd werd volgens de methode van Kirschner. Postoperatief had zij wat pijn in de eerste tak van de nervus trigeminus, welke gunstig reageerde op diphantoïne.”

Het is al enkele maanden geleden dat patiënte werd geopereerd en sindsdien heeft zij geen klachten meer. Dit geval is een duidelijk voorbeeld, hoe het medische handelen door de patiënt zelf werd belemmerd. Men ging hierbij uit van oude zogenaamde wijsheden als: „De ouderdom komt met gebreken” en een opmerking, die hier in de buurt veel wordt gehoord: „Als je oud bent heb je geboft, alles wat je krijgt mag je houden.” Deze passiviteit, deze lijdzaamheid, eigenschappen toch wel te verwachten bij mensen van omstreeks 85 jaar, hadden zich ook meester gemaakt van de behandelende artsen, waardoor deze vrouw vijftien jaren met pijn te kampen heeft gehad, zonder dat dit, bij eerder ingrijpen, nodig was geweest. Deze oude mensen verwachten inderdaad niet meer, dat er aan de bestaande kwalen nog veel zou kunnen worden verholpen. Meestal kost het ook vrij veel moeite een bepaalde handeling te laten verrichten: bijvoorbeeld een cataractextractie of een prostaatoperatie. „Hoevelen reageren niet manisch tegenover een maniacus, psychopatisch tegenover een psychopaat, neurotisch tegenover een neuroticus Tal van misverstanden ontstaan hierdoor.” (Rümke). Naar analogie hiervan moge deze bijdrage een waarschuwing zijn, tegenover bejaarde patiënten niet al te bejaard, te lijdzaam te reageren.

Rümke, H. C. (1948) Studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema, Amsterdam.

BOEKBESPREKING

Pinkhof en Van der Wielen. Pharmacotherapeutisch Vademecum. Tiende druk, bewerkt door Prof. Dr J. Kok. D. B. Centen's Uitgeversmaatschappij, Hilversum. 1959. 1008 bladzijden, gebonden f 57,50.

Bij de tiende druk van dit bekende en praktische boek is rekening gehouden met de nieuwe nomenclatuur. Na een hoofdstuk waarin „de belangrijkste wettelijke bepalingen, betrekking hebbende op het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen” staan, volgt de alfabetisch gerangschikte lijst van de geneesmiddelen. Van elk middel vindt men de naam en eventuele synoniemen, fysische eigenschappen, onvermengbaarheid, gebruik, toxische bijwerkingen en tenslotte de bereidingen waarin het middel voorkomt.

Het boek eindigt met adviezen over eerste hulp bij vergiftigingen en een therapeutisch register, waarin de medicamenten groepsgewijs naar indicatie gerangschikt staan. Het zaakregister beslaat 100 bladzijden!

Het is moeilijk te begrijpen dat er nog artsen zijn die zonder dit boek hun werk kunnen doen. Speciaal apothekhoudende huisartsen maken zich het werken moeilijk wanneer zij dit boek niet kunnen raadplegen. De enorme hoeveelheid werk, die verzet moet worden bij het schrijven van een dergelijke gids, maakt de prijs begrijpelijk.

G. J. Bremer

STAMBOOMONDERZOEK ONBEKENDE DIABETES

Bij het door de collegae J. D. Mulder en E. van de Weg ingestelde bevolkingsonderzoek naar diabetes mellitus te Noordwijk en in de Haarlemmermeer — waarover zij op het N.H.G.-congres 1958 verslag hebben uitgebracht — ontdekten zij een vrij groot aantal patiënten met een gestoorde, niet diabetische, bloedsuikercurve. Het werd mogelijk geacht dat hier sprake kon zijn van een nog weinig bekend voorstadium van de diabetes mellitus en ook, dat men hier te doen heeft met een onafhankelijke aandoening, die misschien in bepaalde families voorkomt.

Uitgaande van een patiënt met een bloedsuikercurve van het type grensgeval werden van de beide grootouders van de patiënt volledige stambomen van al hun nakomelingen vervaardigd. Alle nog in leven zijnde personen uit deze stambomen van vier jaar of ouder ontvangen een clinistixstrookje, waarbij genoemde collegae de ontvangers daarvan verzoeken een koolhydraatrijke maaltijd te gebruiken en daarna dit strookje in de urine te dompelen. De betrokkenen moeten zelf de eventuele kleurverandering aflezen; hun wordt verzocht de uitslag aan de afzenders van het strookje te willen mededelen. De analyse van de positieve glucosurieën zal door de huisarts van de patiënt geschieden.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd met advies en steun van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap en collega Dr E. H. W. Wijnmalen, hoofdamtenaar van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Leiden, hoofd Prof. P. Muntendam, lid van het diabetes curatorium van het T.N.O.

In verband met dit onderzoek is het mogelijk dat patiënten zich tot hun huisarts wenden — er wordt een tamelijk groot aantal strookjes verzonden door het gehele land — en deze huisartsen wordt verzocht, wanneer de patiënten zich terzake van dit onderzoek met hen verstaan, deze patiënten te willen opwekken aan het onderzoek mede te werken.

NED. VER. VOOR GERONTOLOGIE

De klinische sectie van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie vergadert op zaterdag 27 februari te 14.30 uur in de Valeriuskliniek te Amsterdam. De agenda is: Dr G. J. Tammeling: longfunctie-onderzoek bij bejaarden; Prof. Dr N. G. M. Orië: astma bij bejaarden; Dr H. J. Sluiter: chronisch cor pulmonale bij bejaarden. Belangstellende artsen, niet-leden van de klinische sectie der vereniging, zijn welkom op deze vergadering.