

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Van de redactiecommissie

„Wij weten dat een kritisch oordeel over de wetenschappelijke verdiensten van een ander tot een der moeilijkste opgaven behoort, wanneer men althans wil trachten onzuivere motieven terzijde te laten” — heeft Carp geschreven in „Psychologie der wetenschappelijke kritiek”. * Die uitspraak kwam ons in gedachten na kennismaking van het rapport „De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg” van van der Wielen, welk rapport is uitgebracht ten verzoeken van T.N.O. en dat heeft gediend als dissertatie voor de promotie van van der Wielen, welke onlangs te Leiden heeft plaats gehad. **

Hoewel in dit rapport niet zozeer sprake is van wetenschappelijke verdiensten in de enge, strikt wetenschappelijke zin van het woord, doch beschouwingen worden gegeven over de wijze, waarop de huisarts zijn praktijk uitoefent, lijkt de geciteerde uitspraak niettemin toepasselijk. Ook de wijze van uitoefening van de praktijk door de huisarts kan als „wetenschappelijke verdienste”, doch dan in ruimere zin, worden opgevat en derhalve moge bij de volgende kanttekeningen bij dit rapport het vermaan van Carp dezerzijds naar beste weten en vermogen in acht worden genomen.

* * *

De resultaten van van der Wielen's onderzoek zijn niet altijd bemoedigend, maar een positieve kant van het instellen van het onderzoek is in elk geval,

* Carp, E. A. D. E. (1951) Psychopathologische opsporingen. A. J. G. Strengolt. Amsterdam.

** Wielen, v. d. Y. (1960) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Publikatie voor de Gezondheidsorganisatie T.N.O. Van Gorcum en Comp. Assen. 340 bladz. f 22,50.

dat dit mogelijk is gemaakt door de vrijwillige medewerking van een aantal huisartsen, die niet schroomden hun wijze van praktijkvoering als object van observatie ter beschikking te stellen van de rapporteur en zijn enquêteurs. Van de beoefenaren van de vrije beroepen is de huisarts zodoende een van de eersten, die zich aan een „geneeskundig onderzoek” heeft onderworpen.

Een conclusie, waartoe op grond van het ingestelde onderzoek wordt gekomen, vindt men in dit rapport op bladz. 280 en zij luidt: „Indien voor de gezondheidszorg in het algemeen geldt, dat alleen het beste goed genoeg is, moet worden geconstateerd, dat er in de door de huisartsen gegeven gezondheidszorg teveel tekortkomingen zijn.” De vraagstelling, welke hieruit direct volgt, is, hoe men in deze situatie dan verbetering zou kunnen brengen of wellicht — om het wat scherper te formuleren — hoe men een groep beoefenaren van hetzelfde beroep tot beter werken zou kunnen brengen. De therapie, welke de schrijver te dezer zake aanbeveelt, is niet overtuigend en men is geneigd te zeggen, dat zijn studie op dit punt tekort schiet. De therapie is hier geen medisch, doch een sociologisch, of zo men wil een sociaal-psychologisch probleem. Daarom kan men het betreuren dat de schrijver heeft gemeend uitspraken te moeten doen, die ten dele inactueel zijn geworden, en aanbevelingen heeft gedaan, die zeer moeilijk, zo niet onmogelijk zijn te realiseren.

Binnen de mogelijkheden van de individuele arts acht van der Wielen de oplossing van het probleem te vinden door: 1e verbetering in de organisatie van zijn werk en 2e door beperking van de grootte van de praktijk. Ten aanzien van het eerste, verbetering in de organisatie van het werk van de huisarts, komt de schrijver tot de volgende conclusies:

- 1 voor een doelmatige organisatie van een praktijk van enige omvang is inschakeling van hulp (doktersassistente) noodzakelijk;
- 2 het minimum aantal praktijkruimten moet, bij gebruikmaking van hulp, op drie worden gesteld (sprekkamer, werkruimte voor de hulpkracht, wachtkamer); daarbij moet dan nog een afzonderlijke, geluiddichte kleedruimte beschikbaar zijn;
- 3 het instellen van een afspraaksysteem verdient de voorkeur boven vrije spreekuren;
- 4 iedere arts behoort een volledige, steeds bijgewerkte registratie van medische gegevens van zijn patiënten te bezitten.

Wat betreft het tweede punt van de gegeven oplossing inzake het verkleinen van de omvang van de praktijk, acht de schrijver „een beperking van de praktijk tot een maximum van 2000 zielen” wenselijk.

* * *

Voor een N.H.G.-lid is het hier naar voren gebrachte niet nieuw. Hij bedenkt daarbij echter ook, dat de problematiek van de organisatie van het werk van de huisarts in niet onbelangrijke mate mede wordt veroorzaakt door en gebonden is aan factoren, die buiten zijn machtsbereik of directe invloed liggen. Met andere woorden, dat effectuering van praktische wenken voor de praktijkvoering niet steeds zo simpel is als dat zwart op wit kan worden voorgesteld. Los daarvan erkent een N.H.G.-lid natuurlijk ook ten volle, dat het bewerkstelligen van een aantal verbeteringen wél binnen de mogelijkheden van de huisarts zelf ligt, doch voor zover men daarbij van „wetenschappelijke verdiensten” kan spreken, kan hij met enige gepaste voldoening er tegelijk op wijzen, dat de activiteiten van het Nederlands Huisartsen Genootschap duidelijk aantonen, dat het besef voor deze geheel binnen het bereik van de huisarts liggende mogelijkheden allerm minst ontbreekt.

Heeft nu de schrijver waargenomen, dat dit besef in huisartsenkring bestaat? Van der Wielen wil zijn lezers niet uit het oog doen verliezen, dat de enquête, waarop zijn verslag steunt, werd gehouden in de jaren 1955/56, dus vier jaar geleden, doch hij voegt er toch nog wel bij „dat het weinig aannemelijk is, dat sedert 1956 de situatie van de huisarts is verbeterd”. Men vraagt zich, dit lezende, toch wel af of het reeds van voor de oorlog daterende streven om langs enigerlei (organisatorische) weg tot verbetering van het werk van de huisarts te komen, de schrijver dan is ontgaan. Dat is mogelijk, want dát verleden is niet meer zo recent. Doch te dien opzichte na de oorlog voortgezette activiteiten, die na zeer veel voorbereiding en inspanning hebben geleid tot de oprichting — in een zeer recent, voor de schrijver persoonlijk waarneembaar verleden — van het Nederlands Huisartsen Genootschap, spreken er toch wel heel duidelijk voor, dat men in huisartsenkringen voor tekorten niet blind is: tekorten niet alleen op het gebied van de praktijkvoering,

maar vooral ook op het terrein van de opleiding, de nascholing, enz. Het aandeel, dat „huisarts en wetenschap” als maandblad van het N.H.G. poogt te nemen in de bevordering van de wetenschappelijke beoefening van het huisartsenberoep, de uitgave van werkkaarten door het N.H.G. voor patiëntenregistratie, de bemoeiing betreffende voorlichting over de inrichting van praktijkruimten, zijn in deze laatste jaren juist de verwerkelijking geworden van dit, in het denken reeds zeer oude, in de praktijk sinds enkele jaren doelbewust gerealiseerde streven naar verbetering.

In tegenstelling met of ter aanvulling van de schrijver zou men willen aanvoeren, dat sinds 1956 — laatste jaar van de enquêteering ten behoeve van het gerapporteerde onderzoek — de huisartsengeneeskunst „en route” is. Had dit aanleiding kunnen geven de toekomst iets optimistischer te zien dan coram publico is neergelegd in de uitspraak „dat het in elk geval weinig aannemelijk is, dat sedert 1956 de situatie van de huisarts is verbeterd”? Wij menen van wel.

De waarde van dit rapport zou onzes inziens hierin kunnen worden gevonden, dat het de discussie over deze zaken — waaraan het waarlijk niet ontbreekt — zo mogelijk zou kunnen intensiveren. De vraag, hoe een groep beoefenaren van hetzelfde beroep tot een betere beoefening van haar taak kan worden geleid, zal men daarbij evenwel niet centraal kunnen stellen zonder daar onmiddellijk een andere vraag naast te leggen: welk aandeel kunnen de beoefenaren daartoe zelf leveren en voor welk aandeel blijven zij afhankelijk van feiten en omstandigheden, welke ten opzichte van hun beroep in de maatschappelijke constellatie en de opvattingen en instellingen van daarin meespelende groeperingen gelden? Waarna te bezien zou zijn in hoeverre (de mogelijkheid van) wijziging van die feiten en omstandigheden de weg zou kunnen gaan effenen naar het sluitstuk voor een geheel afdoende therapie.

* * *

Van Heek * heeft een samenvatting gegeven van Amerikaanse experimentele onderzoeken, waarin vooral de socioloog-psycholoog Kurt Lewin ** een grote rol heeft gespeeld. De volgende factoren zouden het groepsmeel en de groepsprestaties gunstig kunnen beïnvloeden: „Een hoog en duidelijk gesteld einddoel, mits de overtuiging aanwezig is, dat dit einddoel, zij het in verre toekomst, kan gerealiseerd worden. Bevorderlijk voor deze uiteindelijke realisering is het feit, dat geleidelijke vooruitgang in de richting van het doel in de naaste toekomst waarschijnlijk wordt geacht. Verder dat in het recente verleden vooruitgang heeft plaats gevonden, welke getoetst kan worden aan een duidelijke

* Heek van F. (1958) „Tijdspektief en groeps karakter” uit het sociale leven in al zijn facetten. Van Gorcum en Comp. Assen.

** Lewin K. (1948) Resolving Social Conflicts. Harper & Br. New York.

lijk referentiekader". Onder „referentiekader" wordt dan verstaan „een schaal, waaraan groep of individu hun prestaties kunnen toetsen of zich althans kunnen oriënteren bij hun streven naar het hoogst gestelde doel".

Het is de laatste jaren waarneembaar geweest, dat het Nederlands Huisartsen Genootschap een „hoog en duidelijk gesteld einddoel" nastreeft, opdat de prestaties gunstig zullen worden beïnvloed. Ook

heeft men kunnen vaststellen, dat voor dit streven onder de huisartsen grote belangstelling bestaat, dat zij het steunen en er, collectief en individueel, vorm aan willen geven. Ook als men de wijze, waarop dit streven ten uitvoer wordt gelegd, voor kritiek vatbaar acht, dan kan dat op zichzelf nog niet een uitspraak motiveren, dat het in elk geval weinig aannemelijk is, dat sedert 1956 de situatie van de huisarts is verbeterd.

G. J. B.

De bepaling van de protrombinetijd in de huispraktijk: mogelijkheden en moeilijkheden*

DOOR H. J. P. M. DIJKHUIS, HUISARTS TE GENDT

Inleiding

De behandeling met orale anticoagulantia bij tromboëmbolische processen blijkt een belangrijke aanwinst in de geneeskunde te zijn. Daar deze behandeling uit preventief oogpunt vaak jaren wordt voortgezet, heeft elke huisarts nu of binnenkort te maken met een groeiend aantal patiënten, dat deze behandeling ondergaat. Vooral bij de zogenaamde „long term treatment" verliest de patiënt het contact met de specialist, die hem oorspronkelijk behandelde en de afstand tot een klinisch laboratorium of trombosedienst is soms een bezwaar de therapie voort te zetten. Bovendien kunnen zich onverwachte complicaties voordoen, zoals bijvoorbeeld intercurrente ziekten. Deze toestand vertoont een zekere gelijkenis met de eerste jaren van de insulinetherapie. De toen te verwachten praktische moeilijkheden zijn opgelost, doordat de huisartsen zich vertrouwd hebben gemaakt met de theorie van de diabetes mellitus en nu in staat zijn de insulinetherapie voor een goed deel zelf te leiden op geleide van een eenvoudige quantitative glucosebepaling in de urine, ook al blijft de bloedsuikerbepaling aan de kliniek voorbehouden.

Enig inzicht in de stollingsfysiologie en de invloed van de orale anticoagulantia hierop is voor een goed begrip van het volgende noodzakelijk, waarbij een eenvoudige bepaling van de protrombinetijd, die ook door de huisarts uitvoerbaar is, zal worden beschreven.

Protrombine wordt omgezet in trombine, dat de laatste — snel verlopende — fase van het stollingsproces op gang brengt, namelijk de overgang van fibrinogeen in fibrine. De omzetting van protrombine in trombine kan op twee verschillende wijzen worden beïnvloed; komt de stolling namelijk extra-

vasaal tot stand, dan speelt, naast plasmafactoren, een weefselfactor een rol, terwijl wanneer de stolling intravasaal tot stand komt, uitsluitend factoren een rol spelen, die in het plasma zelf aanwezig zijn. Er zijn in het lichaam een groot aantal stollingbevorderende en stollingremmende factoren aanwezig. Een aantal stollingbevorderende factoren verdient nadere bespreking. De produktie in de lever van de factoren VII (proconvertine), IX (Christmasfactor), de Stuart-Prowerfactor en het protrombine wordt namelijk geremd door de zogenaamde coumarine-derivaten (bijvoorbeeld Dicumol, Sintrom en Marcoumar).

Een overdosering met deze preparaten kan aanleiding geven tot het ontstaan van bloedingen en de kans hierop is groter als er een sterke individuele gevoeligheid, een vertraagde uitscheiding, een leverfunctiestoornis of een avitaminose K (bijvoorbeeld door darmsterilisatie bij antibiotische therapie) bestaat. Het is dus noodzakelijk na te gaan in welke mate deze factoren door de coumarinen worden onderdrukt. Men stuit hierbij op praktische moeilijkheden. Zo is het stollingsproces, zoals dat in vivo plaats vindt, niet geheel na te bootsen; het contact van bloed met een glaswand activeert bijvoorbeeld reeds het stollingsproces. Verder is gebleken, dat bij de stolling in de vaten uitsluitend plasmafactoren een rol spelen, terwijl bij het stollingsproces na uittreding van bloed buiten de vaten een weefselfactor een rol speelt. Met behulp van dit weefselfactor kan nu vrij gemakkelijk onder gestandaardiseerde voorwaarden een reproduceerbare stolling in vitro worden verkregen. Door nabootsing van het extravasale stollingsproces verkrijgt men dan indirect ook een indruk over het intravasale stollingsproces, omdat bovengenoemde factoren voor een deel bij beide processen werkzaam zijn (afb. 1). De bestudering van een modern stollingsschema leert, dat bij het nabootsen van het extravasale stollingsproces rekening moet worden gehouden met het weefselfactor (dat in diverse soorten en maten van activiteit verkrijgbaar is) en van de factor

* Naar een voordracht, gehouden op het congres 1959 van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Voor de hulp bij de bepalingen en het verwerken van de gegevens betuig ik hartelijk dank aan mijn praktijkassistente mejuffrouw W. Cornelissen te Gendt.