

cursus 1960 nog slechts vier studiegroepen voor medische psychologie werkzaam, thans zijn het er twintig!

In het programma van de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” kan men vier hoofdtrekken onderscheiden, die zoveel mogelijk in ochtend- en middagzittingen zijn ondergebracht. In de eerste plaats wordt begonnen met min of meer theoretische inleidingen omtrent de maatschappelijke problematiek en de sociologie in de geneeskunde, die worden afgesloten met ervaringen omtrent mogelijkheden tot praktische toepassing door een huisarts.

In de tweede plaats komen teams of vertegenwoordigers(sters) van teams met een vrij lange tot lange ervaring aan het woord. Deze teams zijn specialistisch geïntereerd en zijn op verschillende terreinen werkzaam. Het is de bedoeling een inzicht te krijgen in hun werkwijze en in hun werkterrein, opdat de huisarts zich kan bezinnen op de mogelijkheid tot samenwerking met, eventueel tot integratie in deze teams. Op grond hiervan is onder meer aan mevrouw van Oort-Wegelin gevraagd haar voordracht te richten op de betekenis van het maatschappelijk werk voor de huisarts, terwijl mevrouw Freyling-Schreuder is verzocht een pendant te geven vanuit het Medisch Opvoedkundig Bureau op de voordracht van Huygen, waarin deze wegen aangaf omtrent mogelijkheden tot samenwerking en integratie.

Naast deze teams, waarin specialisten de leiding hebben, zijn in de derde plaats werkgroepen geplaatst waarin huisartsen als leider optreden. Dit laatste is vooral het geval in de „home-team bespreking” waarin de benadering en de houding ten op-

zichte van een „probleemgezin” in onderling overleg met de deelnemers wordt vastgesteld. De bijdrage, die ieder voor zich vanuit eigen discipline kan leveren tot verbetering van de toestand in het betreffende gezin, biedt uitzichten die tot navolging noden! Geheel anders is in dit opzicht de bemoeienis van Broekema. Men vergis zich echter niet in de therapeutische consequenties die het intensief bezig zijn met patiënten heeft, speciaal indien het de instudering, het repeteren en het opvoeren van Shakespeare-spelen betreft. Te dezer zake verdienen enkele gegevens van een sociologische enquête, die in Diever recent werd uitgevoerd vanwege de Leidse universiteit, zeker belangstelling.

Naast deze facetten, die nascholing in engere zin van de huisarts beogen, komen, op de vierde plaats, aspecten van zowel de nascholing als de opleiding van de huisarts aan de orde. Veeneklaas, Mertens en het team Scott-Paterson zullen met hun ervaringen ongetwijfeld bijdragen leveren, die op belangrijke problematiek uit de huisartsenwereld verhelderend kunnen werken.

In hoeverre een beleidslijn voor het Huisartsen Genootschap kan worden opgesteld met betrekking tot de opleiding en de nascholing van de huisarts in de maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte — naar analogie van de Boerhaave-cursus voor medische psychologie — moet worden afgewacht. Zeker is dat de panel, waaraan docenten, huisartsen en maatschappelijk werkenden zullen deelnemen, suggesties kan opleveren tot verbetering van de kennis en de vaardigheid op dit gebied.

K. G. Brühl,
voorzitter Commissie Nascholing

N.H.G.-jaaronderzoek 1961 Tonsillitis

Het lijkt de werkgroep van het N.H.G.-jaaronderzoek 1961 Tonsillitis nuttig in het kort de belangrijkste punten van dit onderzoek, toegelicht in „huisarts en wetenschap” van januari jl., de revue te laten passeren.

Het jaaronderzoek is een onderzoek door huisartsen aangaande de beste therapie van tonsillitis. In de kliniek is dit vraagstuk niet op te lossen. De mogelijkheid hiertoe is alleen te realiseren met de hulp van huisartsen. Hierbij wordt gedacht aan de genezing van tonsillitis, maar ook aan het voorkómen van complicaties, in het bijzonder de late complicaties als acuut reuma en acute nephritis. Bij de keuze van het geneesmiddel spelen uiteraard de soort en het aantal der bijwerkingen hiervan een rol. Gezien het waarschijnlijk geringe aantal complicaties kan bovengenoemde vraagstelling alleen door de medewerking van een groot aantal huisartsen worden beantwoord. De aetiologie van tonsillitis zal in een klein aantal praktijken in de omgeving van Leiden worden onderzocht.

Het landelijke onderzoek is dus een vergelijkend geneesmiddelenonderzoek, waarin de gebruikelijke therapieën: acetosal, oraal bismuth, sulfapreparaten en penicilline worden vergeleken. Geneest een patiënt sneller met een bepaald geneesmiddel en zijn er verschillen in aantal en soort complicaties, wanneer deze middelen bij overigens gelijke groepen patiënten worden gegeven? Bij de kwestie gelijke groepen willen wij even stilstaan. In principe zou men op drie manieren de werking van een geneesmiddel kunnen nagaan:

I Observeert men wat er gewoonlijk in de praktijk gebeurt, dan zal men waarschijnlijk zien, dat sulfapreparaten en penicilline worden gegeven bij ernstige en acetosal en oraal bismuth bij licht verlopen gevallen. Natuurlijk mag men niet uit de resultaten de gevolgtrekking maken, dat een ernstig verloop het gevolg zou zijn van het gebruik van penicilline en een licht verloop het gevolg van acetosal. II Beter is het, dat iedere arts al zijn tonsillitispatiënten (behoudens enkele uitzonderingen) op de-

IN TE VULLEN BIJ ELKE PATIENT MET „TONSILLITIS” 1)

Het gewenste omlijnen

Initialen: X Y Z (Man) / Vrouw

codenr. arts : 0.....

Leeftijd (6 jaar en ouder): 23.....

volgnr. patient : 1.....

BEVINDINGEN EERSTE BEHANDELINGSDAG; datum: 1 april 1961

slikpijn 2) - ⊕ ++

proppen of beslag 4) - ⊕ ++

roodheid 3) - + ⊕⊕

klierzwellig 5) - + ⊕⊕

Koorts 6) — + ⊕⊕

Indien de patient GEEN KOORTS heeft:

TONSILLECTOMIE: ja / neen / onbekend

THERAPIE (VRIJ):

COMPLICATIES 10): ja / neen

welke datum:

welke: acuut reuma
acute nephritis

peritons. abces

otitis media

allergische reacties; welke

andere:

URINE ONDERZOEK 11) 30e DAG:

albumen — sp +

sediment: ja / neen; eryth. p. gez.:

leuc. p. gez.:

cyl.: ja / neen

OPMERKINGEN:

OPMERKINGEN:

Indien de patient WEL KOORTS heeft:

TONSILLECTOMIE: ja / (neen) / onbekend

THERAPIE: Acetosal

DIRECT AFGEWEKEN 7) van deze therapie: ja / (neen)

wegens: ac. reuma }
ac. nephritis } in anamnese patient

gezinsanamnese 8)

vitium cordis

geneesmiddelenallergie 9)

andere reden:

LATER AFGEWEKEN 7) van deze therapie: ja / (neen)

wegens:

welke datum:

COMPLICATIES 10): (ja) / neen

welke datum: 30 april.....

welke: acuut reuma

acute nephritis

peritons. abces

otitis media

allergische reacties; welke

andere:

URINE ONDERZOEK 11) 30e DAG:

albumen — sp ⊕

sediment: (ja) / neen; eryth. p. gez.: 15.....

leuc. p. gez.: 4.....

cyl.: (ja) / neen

ALLEEN VERDER IN TE VULLEN WANNEER DEZE PATIENT ZICH OP EEN DINSDAG ONDER BEHANDELING STELT

Aantal ziekte-dagen vóór aanvang behandeling: 2..... Eigen medicatie patient: (ja) / neen (laten staken!)

welke: Acetosal.....; antipyretica: (ja) / neen

BEVINDINGEN 12): 3e behandelingsdag 4e dag 5e dag e dag e dag

slikpijn — ⊕ ++ ⊖ + ++ ⊖ + ++ — + ++ — + ++

roodheid — ⊕ ++ — + ++ — ⊕ ++ — + ++ — + ++

proppen/beslag — ⊕ ++ — + ++ ⊖ + ++ — + ++ — + ++

koorts — + ⊕⊕ — ⊕ ++ ⊖ + ++ — + ++ — + ++

Datum klinisch herstel volgens arts 13): 5 april..... Datum subjectief herstel: 6 april.....

zelfde manier behandelt met één geneesmiddel en de resultaten vergelijkt. Ook hier loopt men echter het risico van schijnconclusies, wanneer de keuze van het geneesmiddel bij de arts zelf ligt; zo zou het kunnen zijn, dat de artsen uit het noorden, als gevolg van hun opleiding, de voorkeur geven aan een bepaald geneesmiddel, terwijl in deze provincies juist een epidemie woedt. Men zou ten onrechte een verband met het betreffende geneesmiddel concluderen. Het voorbeeld moge enigszins gekunsteld lijken, doch de ervaring heeft geleerd, dat het bijzonder moeilijk is deze schijneffecten uit te sluiten.

III Toewijzing van het geneesmiddel, waarbij een aselechte procedure wordt toegepast, is dus de enige manier om tot ondubbelzinnige conclusies te komen. Vaak wordt hierbij de eis gesteld van een dubbelblinde opzet, waarbij noch de patiënt, noch de arts weet welk geneesmiddel in een bepaald geval wordt gegeven. Bij dit onderzoek is deze methodiek moeilijk te realiseren door de verschillende toedieningswijzen van de vier geneesmiddelen. Bovendien gaat het hier niet om de strikte farmacodynamische werking van het middel, maar om een vergelijking van het nuttig effect in de praktijk, met de eventuele verschillen, doordat bijvoorbeeld een geneesmiddel slecht wordt ingenomen, een ander middel vaak moet worden gestaakt door zijn schadelijke nevenwerking, enzovoort.

Een uitspraak, welk geneesmiddel de voorkeur verdient bij de behandeling van tonsillitis, zal dus alleen mogelijk zijn, wanneer zoveel mogelijk collega's geen voorkeur voor een therapie aangeven, doch de keuze overlaten aan de werkgroep. Wel dienen zij er zich van bewust te zijn, dat de toegewezen therapie het gehele jaar moet worden gevolgd bij alle tonsillitispatiënten, slechts met uitzondering van de gecompliceerde gevallen en de lichte gevallen zonder koorts. In beide voorgaande artikelen in „huisarts en wetenschap” is reeds uiteengezet, waarom de werkgroep bovengenoemde proefopzet meent te mogen voorstellen.

Onze huidige kennis van de geneesmiddelen laat geen verantwoorde keus toe. Het onderzoek kan dus de belangrijke functie hebben een keus te maken in de geneesmiddelen die wel en die geen waarde hebben voor de behandeling van deze aandoening. Wij hebben reeds opgemerkt, dat het ook mogelijk is aan het onderzoek deel te nemen, wanneer men de keuze *niet* wil overlaten, dus aan een eigen voorkeurstherapie vasthoudt. De hiermede verkregen gegevens zullen echter afzonderlijk moeten worden bekeken en het zal niet met zekerheid zijn vast te stellen, welke betekenis aan deze gegevens moet worden toegekend. Zoals boven gezegd, zal iedere deelnemer zich een jaar lang aan dezelfde therapie moeten houden, doch er blijft natuurlijk een uitwijkmogelijkheid in bijzondere gevallen. Hierbij is het van belang, dat niet ieder verschillende maatstaven aanlegt. De werkgroep heeft zich dan ook

beraden over de vraag in welke gevallen er kan worden afgeweken van de toegewezen of gekozen therapie. Zij meent, dat een heftig verloop op zich zelf nog geen reden is op een andere therapie over te gaan (hoge koorts, vies beslag, vurige keel); wel natuurlijk het bestaan of ontstaan van complicaties, zoals peritonsillair abces, otitis media en tijdens de behandeling ontstane geneesmiddelenallergie.

Tevens vallen lichte gevallen zonder koorts buiten het geneesmiddelenonderzoek, zodat men hierbij geheel vrij is in zijn therapie. Evenwel dienen alle gevallen, ook deze lichte, te worden geregistreerd, terwijl het eveneens noodzakelijk is alle gevallen van acuut reuma en acute nephritis uit de praktijken van de deelnemers te verzamelen, ook betreffende patiënten, die tevoren niet voor een keelaandoening onder behandeling zijn geweest. Voor het laatste doel worden enkele kaarten bij de tonsillitisformulieren gevoegd.

Op één punt willen wij nog wijzen. Een landelijk onderzoek met een groot aantal deelnemers heeft vooral zin vanwege het gering aantal te verwachten complicaties, zodat verschillen in de protectie van de diverse geneesmiddelen alleen aan het licht kunnen komen bij grote groepen patiënten. Voor het geneesmiddelenonderzoek kan echter met een veel kleiner aantal patiënten worden volstaan. Om deze reden is besloten alleen diegenen, die op dinsdag onder behandeling komen verder te vervolgen. Dit zullen bij een praktijk van ongeveer drieduizend zielen omstreeks vijftien gevallen zijn. Alle overige gevallen worden eenmaal geregistreerd en daarbij wordt een urineonderzoek na dertig dagen gedaan.

Het onderzoekformulier heeft de vorm van het hierbij afgedrukte (ingevulde) voorbeeld: Een gemeenschappelijke kop met persoonlijke gegevens en de bevindingen op de eerste behandelingsdag. Voor diegenen zonder koorts wordt het korte omlinjnde stuk links ingevuld, waarbij na dertig dagen het urineonderzoek komt. Heeft de betrokkene wel koorts, dan vult men het rechter deel in, en houdt zich aan de vastgestelde therapie. Slechts bij diegenen, die op dinsdag onder behandeling komen wordt het onderste stuk ingevuld. Deze patiënten krijgen een temperatuurlijstje. Een afscheurbaar strookje, ter herinnering aan het urineonderzoek, wordt aan de patiënt gegeven.

Samenvatting: Het jaaronderzoek is een vergelijkend geneesmiddelenonderzoek naar de beste therapie voor tonsillitis.

Onder tonsillitis wordt verstaan een ontsteking van een of beide tonsillen met of zonder proppen of beslag en bij afwezigheid van de tonsillen een gelocaliseerde ontsteking in de ring van Waldeyer (geen griepkelen, geen verkoudheidskelen, geen ontsteking van de lagere luchtwegen).

Iedere deelnemer behandelt een jaar lang iedere tonsillitispatiënt met hetzelfde geneesmiddel, behoudens complicaties of bij afwezigheid van koorts. Gevraagd wordt de therapiekeuze zoveel mogelijk

aan de werkgroep over te laten. Deelname is echter niet uitgesloten voor hen, die aan een eigen keuze vasthouden. Voor definitieve aanmelding voor deelname aan dit onderzoek krijgen leden van het N.H.G. per separate post een aanmeldingsformulier toegezonden. Niet-leden van het N.H.G., die aan dit onderzoek willen deelnemen, kunnen het

aanmeldingsformulier aanvragen bij E. Leynse, Mr. Verschuurstraat 42 te Vlaardingen.

De Tonsillitis-werkgroep

Beusekom, W. I. van (1961) huisarts en wetenschap 4, 4.

Beusekom, W. I. van en W. R. O. Goslings (1960) huisarts en wetenschap 3, 405.

Edinburgh University General Practice Teaching Unit

DOOR PROF. DR. K. J. VAN DEEN, HOGLERAAR IN DE SOCIALE GENEESKUNDE TE GRONINGEN

De „General Practice Teaching Unit” in Edinburgh wordt gebruikt voor verschillende doeleinden. In de eerste plaats wordt door Scott en zijn medewerkers aan een groep patiënten een geneeskundige verzorging geboden, die op een zo hoog mogelijk peil staat. In de tweede plaats is de „Teaching Unit”, zoals de naam al zegt, ingeschakeld bij de opleiding van de medische student tot arts. In de derde plaats wordt er wetenschappelijk onderzoek verricht, speciaal op het gebied van huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde.

In wezen is de „Teaching Unit” een huisartspraktijk, gelegen in het centrum van de stad Edinburgh, waartoe ongeveer 5.000 patiënten behoren. De „Teaching Unit” is opgericht op 5 juli 1948, de dag waarop de National Health Service in werking trad. Op deze dag vestigde zich Scott, destijds assistent van de hoogleraar in de sociale geneeskunde Crew, als huisarts in Edinburgh in een gebouw, dat tevoren gedurende meer dan honderd jaar was gebruikt door de Royal Public Dispensary. Deze instelling had als primair doel gratis geneeskundige hulp te verstrekken aan patiënten, die daarvoor in aanmerking kwamen. Daarnaast werd aan medische studenten gelegenheid gegeven ervaring op te doen bij de toepassing van de geneeskunde buiten de universiteit. De Royal Public Dispensary staakte zijn arbeid toen de National Health Service begon te functioneren, omdat vanaf dat ogenblik iedere patiënt in Engeland het recht en de mogelijkheid kreeg een eigen huisarts te kiezen en niemand meer was aangewezen op het ontvangen van gratis hulp. De praktijk was eerst klein. Geleidelijk is het aantal patiënten toegenomen en dit bedraagt nu ongeveer 5.000. Vergeleken met de „gemiddelde praktijk” in Edinburgh wordt hulp verleend aan relatief veel patiënten die het, sociaal gezien, moeilijk hebben. Bij het onderzoek en bij de behandeling van de patiënten wordt geen gebruik gemaakt van hulpmiddelen (bijvoorbeeld electrocardiogram, basaalmetabolisme, enzovoort), die in het algemeen niet ter beschikking staan van de medicus-practicus.

Het aantal patiënten per arts is veel kleiner dan normaal het geval is (1.250 per arts) en medisch hulp personeel is in ruime mate aanwezig. De totale staf bestaat uit vier artsen, twee maatschappelijke

werksters en twee verpleegsters. Verder werken in deze praktijk twee secretaresses. Daardoor is ruim voldoende tijd beschikbaar voor nauwgezet onderzoek en zorgvuldige beoordeling van de patiënten. Ook is er tijd voor overleg en samenwerking met specialisten, paramedische werkers en sociaal geneeskundige instanties. Geen enkele patiënt wordt naar een specialist verwezen voordat de huisarts diagnostisch en therapeutisch alles heeft gedaan wat vanuit zijn standpunt gezien mogelijk was.

Het meest typische in deze praktijk is, dat de hulp niet wordt verleend door de arts alleen, maar door arts, verpleegster en maatschappelijk werkster gezamenlijk als team. Elke ochtend tussen negen en tien uur komt de staf bijeen ter bespreking van alle patiënten, die in het voorafgaande etmaal door één van de leden zijn gezien. Overlegd wordt of de behandeling bevredigend is, dan wel dat meer kan worden gedaan en mogelijk een bijdrage kan worden geleverd door een van de andere teamleden. In de tweede plaats heeft men kans gezien de praktijk in te schakelen bij de opleiding van de student tot arts. Per jaar kunnen maximaal 144 studenten worden geplaatst. Iedere medische student in Edinburgh is verplicht in zijn vijfde studiejaar gedurende een periode van tien weken zes uur per week te werken in de „Teaching Unit”. In de eerste weken wordt gelegenheid gegeven de huisarts te observeren tijdens zijn werk. Later wordt de student, voor zover zonder bezwaar mogelijk, geleidelijk ingeschakeld bij de geneeskundige verzorging van de patiënten. Hij krijgt dan betrekkelijk zelfstandig medische taken van beperkte omvang te vervullen, zowel op het spreekuur als ook bij de patiënt thuis. Hierbij wordt doelbewust gestreefd de student te wennen aan het dragen van verantwoordelijkheid. Uit de aard van de zaak geschiedt een en ander onder nauwkeurige supervisie.

De patiënten weten dat in deze praktijk geregeld studenten werken. Als algemene regel geldt, dat iedere patiënt het recht heeft incidenteel of ook voortdurend te verlangen, dat hij door zijn huisarts zonder aanwezigheid van derden wordt onderzocht en behandeld. Bij elk contact van de student met de patiënt wordt zonder uitzondering door de huisarts aan de patiënt toestemming gevraagd voor de