

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

aanwezigheid van de co-assistent. Dit geldt voor elk consult, voor elke visite en voor elke andere verrichting. De ervaring heeft geleerd dat de patiënt praktisch nooit bezwaar maakt en zeer dikwijls bereid is medewerking te verlenen aan de opleiding van de student.

Tijdens het verblijf van de co-assistent in de „Teaching Unit” worden, ter aanvulling van de scholing, geregeld lezingen gehouden over huisartsgeneeskunde en daarmee samenhangende onderwerpen en worden groepsbesprekingen georganiseerd. Daarnaast heeft de co-assistent ruimschoots gelegenheid alles wat hij wil weten te vragen aan de artsen, de verpleegsters en de maatschappelijke werkers.

Bij mijn bezoek aan de „Teaching Unit” heb ik de indruk gekregen dat, ondanks de aanwezigheid van al deze „vreemden”, de patiënt-arts relatie toch goed was gebleven.

In de derde plaats biedt de praktijk gelegenheid tot het verrichten van wetenschappelijk werk. Men kan gegevens verzamelen over de morbiditeit, de invloed van uitwendige omstandigheden op ziekte, over het effect van een therapie, enzovoort. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid problemen, die zich voordoen bij de geneeskundige verzorging van patiënten door „de huisarts” als zodanig, te bestu-

deren en te trachten deze tot een oplossing te brengen.

De patiëntenkring in de „Teaching Unit” is niet representatief voor de gemiddelde praktijk in Edinburgh of elders in het Verenigd Koninkrijk. Hiermee zal men voortdurend rekening moeten houden, zowel bij de opleiding van de student als ook bij het wetenschappelijk onderzoek. Ondanks deze selectie van patiënten, die ongetwijfeld is opgetreden, kan de problematiek, zoals deze zich in de huisartspraktijk voordoet, echter uitstekend worden gedemonstreerd. De wijze van behandelen is anders dan die in de gemiddelde praktijk, doordat meer tijd ter beschikking staat en veel meer en ook op andere wijze gebruik wordt gemaakt van de hulp van verpleegster en maatschappelijk werkster.

De student kan leren hoe onder deze omstandigheden een optimale verzorging mogelijk is van patiënten met eenvoudige en ook met de meest ernstige medische en sociale problemen. Na zijn vestiging als huisarts zal hij echter zijn werkwijze moeten aanpassen aan de omstandigheden ter plaatse. Als geheel gezien is de „Teaching Unit”, naar mijn mening, een centrum dat vele mogelijkheden biedt, zowel voor het onderwijs aan de medische student als ook voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (23)

Anurie

DOOR DR E. E. TWISS, INTERNIST TE ROTTERDAM

Anurie is altijd een ernstige toestand en verdient de volle aandacht van de praktiserende arts. Helaas is de patiënt of zijn omgeving zich vaak minder bewust van de ernst van deze afwijking, zodat wel eens wat laat medische hulp wordt ingeroepen. Er bestaat soms een merkwaardig onvermogen van de leek het verschil in betekenis tussen obstipatie en verminderde urineproductie aan te voelen.

Het is in verband hiermede van belang nader te definiëren wat men eigenlijk onder anurie verstaat. Onder anurie verstaat men een afwezige urineproductie (wat zelden voorkomt) of een urineproductie van minder dan 200 ml per 24 uur. Bedraagt de diurese 200-500 ml per 24 uur, dan spreekt men van ernstige oligurie; is de diurese 500-1.000 ml per dag dan is er oligurie, een toestand die fysiologisch kan voorkomen. Zowel de anurie als de ernstige oligurie hebben een pathologische betekenis, omdat onder deze omstandigheden een nierinsufficiëntie bestaat en het uremisch syndroom tot ontwikkeling komt.

Welke zijn de oorzaken van anurie en ernstige oligurie? In het algemeen kan men deze oorzaken in

drie grote groepen indelen en wel, postrenale, renale en prerrenale of extrarenale oorzaken.

Postrenale oorzaken. Onder de postrenale oorzaken, een naam die voor zichzelf spreekt, rekent men alle afwijkingen die aanleiding geven tot een obstructie van de afvoer van eenmaal gevormde urine. Vanzelfsprekend behoren deze afwijkingen grotendeels tot het terrein der urologie. Wanneer de obstructie voorbij de blaas zit, bijvoorbeeld bij prostaathypertrofie of bij neurologische syndromen, krijgt men meestal acute urineretentie en stelt men de diagnose door de klachten van de patiënt en het palperen of percuteren van een gespannen, uitgezette blaas. Als eerste hulp kan de medicus practicus de patiënt catheteriseren — hetgeen wegens het gevaar van urineweginfectie altijd onder steriele voorzorgen moet worden gedaan — en hem vervolgens verwijzen naar de uroloog.

De obstructie kan ook hogerop zitten, bijvoorbeeld in de ureteren. Dit is nog al eens het geval bij metastasen, uitgaande van een carcinoom van de vrouwelijke inwendige genitalia. Veelal liggen deze me-