

# Berichten

## OPLEIDING HUISARTS

In het verslag van de lotgevallen der Stichting Klinisch Hoger Onderwijs te Rotterdam in het studiejaar 1963-1964 uitgebracht in een openbare vergadering op 16 september 1964, wijdt de decaan der neven-faculteit Prof. Dr W. J. Bruins Slot de volgende beschouwing aan de opleiding tot huisarts: „Het loont zeer de moeite kennis te nemen van de ontwikkeling van de denkbeelden omtrent de huisartsgeneeskunde. Deze is bezig zich tot een soort specialisme te ontwikkelen. De universiteiten geven een algemene opleiding tot arts, deze opleiding is niet speciaal op de huisartsgeneeskunde gericht. De universiteiten leveren geen huisartsen af, ook wij in Rotterdam doen dit niet, hoewel de Rotterdamse opleiding bij de studenten de naam heeft zich iets meer dan elders op de huisartsgeneeskunde in te stellen.

Twee jaar geleden achtte de Docentenvergadering het gewent — ik heb er het vorige jaar uitvoerig over gesproken — aan de Rotterdamse semi-artsen gelegenheid te geven een stage bij een huisarts te volgen. Wij kregen hierbij de volle medewerking van het Bestuur en leden van het centrum Rotterdam en Omstreken van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Helaas moet ik ook nu constateren, dat de animo bij de Rotterdamse semi-artsen voor deze stage niet groot is. Slechts enkele semi-artsen per jaar meldden zich ervoor aan. Verschillende omstandigheden zijn voor dit geringe aantal verantwoordelijk te stellen. Op grond van verschillende enquêtes is het bekend, dat ongeveer 20 à 23% van de in Nederland afgestudeerde artsen de huisartsgeneeskunde als beroep kiest. De resterende 80% meent wellicht geen profijt te kunnen trekken van een stage bij huisartsen; zij zouden weleens ongelijk kunnen hebben. Vele semi-artsen vervullen in de zomermaanden een vakantie-assistentschap en doen op deze wijze ervaring op.

De meesten hunner willen hierna snel afstuderen, terwijl ook vele semi-artsen de tijd noch voor een vakantie-assistentschap noch voor een stage over hebben. Misschien dat in dit laatste geval studieloon van pas zou kunnen komen. Dit alles betreurt ik ten eerste en het staat in schrille tegenstelling tot de denkbeelden die zich op vele plaatsen in de wereld omtrent de opleiding tot huisarts uitkristalliseren. De redactie van „The Lancet” zegt op 2 mei 1964, dat speciale training na het arts-examen evenzeer nodig is voor diegenen die huisarts worden, als voor iedere andere tak van de geneeskunde. In verschillende landen (Australië, Joegoslavië en Israël) bestaan plannen om een opleiding van 3 of meer jaren verplicht te stellen voor aanstaande huisartsen. In Engeland heeft men ongeveer dezelfde ervaring met de stage als wij in Rotterdam: het tekort aan artsen aldaar is oorzaak dat de jonge artsen snel in de algemene praktijk verdwijnen zonder de voordelen van de op enkele plaatsen bestaande mogelijkheid tot een- of tweejarige opleiding in een algemene praktijk te hebben genoten. Ik kan het niet laten het volgende citaat uit een hoofdartikel in „The Lancet” aan te halen. Dit hoofdartikel handelt over de student en de opleiding tot huisarts.

„The greatest hope for medicine in the future lies in the prevention of disease and (where prevention fails) in early diagnosis — if possible presymptomatic diagnosis. The attitude that will favour this is on the whole more likely to be found outside the hospital than within its walls. It is important that the universities should go out and find it, and organise training so that the student may meet it at the stage in his education when fundamental attitudes and habits of thought are laid down.”

Dit is volgens mijn mening een zeer belangrijk argument voor een niet tekort durende verplichte stage onder universitaire leiding in de algemene praktijk voor alle toekomstige huisartsen. Onze schuchtere pogingen in Rotterdam zijn slechts een eerste begin.”

## NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

### N.H.G.-DAG in GIETEN (I)

De tweede keer dat de drie noordelijke centra van het Nederlands Huisartsen Genootschap gezamenlijk een N.H.G.-dag hebben georganiseerd, is wel een bijzonder geslaagd experiment geworden. Hoewel door de correspondent van het organiserende centrum, Zwagers uit Zweelo, een verslag wordt gegeven van de feitelijke gebeurtenissen tijdens de op 24 oktober 1964 in hotel „Braams” in Gieten gehouden bijeenkomst, stelt ondergetekende, die deze dag namens het N.H.G.-bestuur mocht bijwonen, er niettemin prijs op nog enkele kanttekeningen te maken.

Het is wel een bijzonder genoeg op een vroege zaterdagmorgen van het westen komend Drente binnen te rijden. Hoewel de heide verdwenen is en vele van de vroegere karresporen door goede autowegen zijn vervangen, gaat er van dit land, dat de laatste 25 jaar zo ontzaglijk is veranderd, een weldadige rust uit, vooral wanneer men even van de hoofdwegen afgaat en over de kronkelende binnenwegen, omzoomd door in prachtige herfststooi gestoken geboomte, rijdt. Dezelfde sfeer van rust, waarin toch een flinke daadkracht voelbaar is, trof mij toen ik ongeveer een half uur vóór het aangekondigde begin van de bijeenkomst in hotel „Braams” binnenkwam en in de grote hal reeds een twintigtal noordelijke collegae doende zag de laatste puntjes op de i's te plaatsen. Gedurende de gehele bijeenkomst bleek wel dat de organisatie inderdaad tot in deze laatste puntjes klopte.

Het experiment van deze dag was af te stappen van de gewoonte eerst een inleiding te houden door een deskundige op het te bespreken gebied, waarna een al of niet algemene discussie. Toen voorzitter Bol prompt op tijd — een goede N.H.G.-gewoonte — de bijeenkomst opende, zaten de deelnemers in acht discussiegroepen verdeeld, waarbij reeds in elke

groep een discussieleider en een rapporteur waren aangewezen. Het werkt efficiënt wanneer de discussiegroepen van te voren zijn ingedeeld en de aangewezen discussieleiders met het bestuur de gang van zaken bij de discussie in de groepen hebben besproken.

Tijdens de koffiepauze hebben de rapporteurs de in de discussiegroepen naar voren gekomen problemen inzake het hartinfarct en de vele vragen die hierbij nog altijd open blijven met de internist Bossinga uit Emmen besproken, die daarna voor de moeilijke taak stond uit de veelheid van aangeboden vragen een voor ieder bevredigende keuze te doen. Dat het hem gelukt is op een bijzonder prettige en enthousiaste wijze hierover een goed lopend betoeg te houden, waarin hij weliswaar niet alle vragen kon beantwoorden, maar toch wel kans zag de problemen onder een noemer te brengen, moge een compliment aan sprekers' adres zijn en aan dat van degenen die hem voor deze dag uitnodigden.

Na de voortreffelijke koffietafel — met als goede gewoonte in hotel „Braams” de kraantjeskan op tafel — werd in de middagzitting dezelfde werkwijze gevolgd met als onderwerp „Huisarts en anticonceptie”, waarbij de uit de discussiegroepen naar voren gekomen vragen en problemen door het N.H.G.-lid Roorda uit Groningen werden beantwoord. Dat hierna nog een zeer levendige, soms zelfs felle, maar toch steeds zeer prettige algemene discussie volgde, is bij dit onderwerp wel begrijpelijk.

Uit de enthousiaste reacties van de meer dan 50 deelnemers tijdens en na afloop van deze dag mag worden geconcludeerd, dat het door de drie noordelijke centra opgezette experiment is geslaagd. De tot in de puntjes verzorgde organisatie en de bijzonder prettige accommodatie ter plaatse hebben hiertoe zonder twijfel bijgedragen. Veel belangrijker is echter dat de organisatoren een nieuwe vorm van gezamenlijke bespreking

van typische huisartsproblemen met een specialist hebben ontworpen, welke het grote voordeel heeft dat alle deelnemers reeds vanaf het begin worden gedwongen zich intensief met de stof bezig te houden. Deze werkwijze is voor de specialist moeilijker dan wanneer hij een inleiding kan houden die van te voren op papier wordt gezet. Wij hebben alle respect voor de organisatoren en voor Bossinga en Roorda, die zich op zo'n bijzondere manier van hun taak hebben gekwet. Namens het bestuur van het Genootschap betuigt ondergetekende gaarne hulde en dank aan de organisatoren van dit „experiment”. De andere centra wekt hij op dit goede voorbeeld van de centra Groningen, Friesland en Drente te volgen.

E. M. Jansen

## N.H.G.-DAG in GIETEN (II)

Op 24 oktober jl. nam het centrum Drente de gelegenheid waar op de N.H.G.-studiedag der drie noordelijke provinciën een programma te presenteren, waarvan de opzet veelbelovend lijkt. Uitgangspunt hierbij vormde voor de organisatoren een drietal overwegingen: de deelnemers dienen actief in eigen nascholing betrokken te worden; de keuze der onderwerpen moet aan de psycho-sociale vakproblemen van de huisarts appellereen; de praktische vormgeving moet zodanig zijn, dat aan de twee eerstgenoemde voorwaarden kan worden voldaan. Na ampele besprekingen, waarbij het advies van mejuffrouw E. Gaubitz, sociaal-psychologe, werd ingewonnen, kwam men tot de formatie van een aantal vaste discussiegroepen (zes tot acht deelnemers per groep), elk met een van te voren aangewezen discussieleider en rapporteur. De discussie, die voorafging aan een nabespreking door een specialist, werd gevoerd aan de hand van een aantal door de organisatoren opgestelde vragen, welke op de meest belangwekkende aspecten van het onderwerp betrekken hadden. De inleider kreeg het verzoek zich in zijn betoog te richten naar de gegevens der gezamenlijke rapportages, welke hem in de pauze na de discussie ter hand werden gesteld.

Des ochtends stond op het programma: Problemen rond het hartinfarct; vragen: „Wat doet u gewoonlijk wanneer u bij een patiënt een recent hartinfarct vermoedt? Wat verwacht u van de geneesmiddelen, die u bij een hartinfarct geeft? Welke ervaringen hebt u wat betreft de prognose van het hartinfarct?” Speciale aandacht werd gevraagd voor de beantwoording der derde vraag. Des middags was het onderwerp: De problemen rond huisarts en anti-conceptie; vragen: „Hoe ziet u de taak van de huisarts bij de anti-conceptie? Welke criteria legt u aan bij het voorschrijven van orale anti-conceptiva? Wat zijn de gevolgen die u verwacht van het op grote schaal gebruiken van orale anti-conceptionele middelen?” De inleiders, respectievelijk collega Bossinga, internist te Emmen, en collega Roorda, huisartsleider N.V.S.H.-bureau te Groningen, zijn beiden van meet af aan in de overdenkingen en plannen van het centrumbestuur betrokken geweest.

Na deze korte samenvatting van de opzet van de studiedag volgt aan het einde van dit verslag nog een samenvatting van de evaluatie door de discussieleider-rapporteur en de leden der drie noordelijke centrumbesturen.

De discussies, 's morgens zowel als 's middags, waren geanimeerd en soms geëmotioneerd. Bij de morgenzitting was de geringe aandacht, die in het algemeen door de discussianten aan de beantwoording van de derde vraag was geschonken, opvallend. De opname-indicatie, besloten in de eerste vraag, bracht de gemoederen het meest in beweging. Wellicht biedt de onrust, die wij zelf ondervinden bij de aanblik van het acute ziektebeeld, hiervoor een verklaring.

Tijdens de middagzitting kwamen de problemen niet optimaal over het voetlicht. De verhouding tussen huisarts en N.V.S.H.-bureau, naast de verstrekking van orale anti-conceptiva aan ongehuwden, twee vraagstukken, die, zoals ook uit de inleiding van Roorda zal blijken, nauw samenhangen, vormden het voornaamste onderwerp van gesprek. Kennelijk voelde men zich tot de andere voorgelegde vragen minder goed voorbereid.

Bossinga werd overstelt met vragen over de vervoerbaarheid der patiënt, de waarde van het „vroeg” electrocardiogram, het specialistisch consult aan huis, de bruikbaarheid van

verschillende medicamenten, antistollingstherapie, dieet, rookverbod, laboratoriumgegevens, het atypische infarct en de gevaren van het miskende infarct. Zijn uiteenzettingen waren uitermate boeiend en zonder zich in details te verliezen, schetsde hij op grond van de moderne anatomische en fysiologische gegevens de achtergrond voor ons handelen: „Het hartinfarct treedt op op basis van de fysiologische atheromatosis der kransslagaderen, een proces, dat gepaard gaat met de vorming van cystes en plaques in de intima. Afsluiting kan optreden door bloeding in een cyste (30 à 60 procent) of, zoals bij de plaques, waarin degeneratieve processen met fibrosis en endothelbeschadiging optreden, door trombose (60 à 70 procent). De prognose in de acute fase wordt beheerst door het kaliber van het afgesloten vat. Anatomisch bezit de kransslagader-circulatie een grote reserve, er zijn zeer veel anastomosen en dientengevolge zijn de omstandigheden voor de ontwikkeling van collateralen gunstig. Het necrotische gebied kan gerevasculariseerd en daarop volgend geresorbeerd worden. In de acute fase gedragen de coronairarteriën zich functioneel echter als eindarteriën. De pijn bij het infarct wordt veroorzaakt door de ischemie van het myocard, niet door de spasme van de conairtakken als zodanig, alhoewel deze wel tot de ischemie bijdraagt. De shock bij het acute infarct wordt in eerste instantie verwekt door de pijn, pas na adequate pijnbestrijding valt de ernst der eventuele forward-failure te beoordelen. Direct vervoer is niet aan te bevelen; eerst moet de patiënt uit de shock gehaald worden, daarna beoordele men de situatie ten aanzien van het vervoer opnieuw. In geen geval riskere men een mors subita tijdens het transport. De verplaatsing naar het ziekenhuis dient altijd per ambulance te geschieden. De prognose blijft de eerste dagen zeer onzeker; de familie informere men in deze zin; de R.K.-patiënt laat men bedienen.

Tegenover het specialistisch consult aan huis, het vroeg electrocardiogram ter differentiatie van andere ziektebeelden, staat de inleider sceptisch. De internist kan aan het onderzoek van de huisarts alleen het electrocardiogram, waarvan de aanvankelijke uitkomsten onbetrouwbaar zijn, toevoegen. In twijfelgevallen leggen laboratoriumbepalingen, reductie in de urine, bloedsuikerbepalingen, leukocytentellingen, bloedbezinkingssnelheid en S.G.O.T., naast het registreren van de temperatuur meer gewicht in de schaal. De betekenis van de antistolling ligt vooral in het voorkomen van intraventriculaire en veneuze trombosen in de onderste lichaamshelft. Het is wel zeker, dat de antistolling de mortaliteit in de eerste zes à acht weken tot tweedede omlaag brengt. De zin van langer voortgezette antistolling is omstrede.

Het hartinfarct is een ziekte, die reeds in de grijze oudheid bekendheid genoot. De prognose is in het algemeen veel beter dan wij denken; veel kleine infarcten worden niet gediagnosticeerd. Zestien procent van de patiënten met een manifest infarct overlijdt binnen het jaar, nog eens 8 procent overlijdt in de daaropvolgende vier jaar. Van de overblijvende 76 procent zijn zeker een groot aantal mensen weer volledig valide. Wij kunnen in dit verband vier groepen onderscheiden: 1 patiënten zonder stenocardie, die ook na het infarct klachtenvrij blijven; 2 patiënten zonder stenocardie, die na het infarct angineuze bezwaren krijgen; 3 patiënten met stenocardie, die na het infarct verlost van hun ischemisch stuk myocard, volledig klachtenvrij zijn; 4 patiënten met stenocardie, die na het infarct hun bezwaren houden.”

Na deze inleiding, die door het grote aantal opgeworpen vragen vrij lang had geduurd, moest de discussie terwille van het tijdschema sterk worden bekort. Vragen omtrent de gevaren van het roken, de betekenis van het cholesterolarme dieet, de betekenis der vaatverwijdende middelen en de angineuze bezwaren, optredend bij temperatuurswisselingen, werden aan de orde gesteld.

De inleiding van Roorda, na de middagpauze, was een doorwrocht stuk werk, waarin al bij voorbaat vele vragen werden beantwoord. „De N.V.S.H.-bureaus vervullen een belangrijke taak in de gezondheidszorg zolang het het merendeel der huisartsen aan kennis en ervaring ontbreekt adequate anti-conceptie voor te schrijven. Het is zeker toe te juichen, dat sinds de intrede van de orale anti-conceptionele middelen (o.a.c.) een nauwere samenwerking tussen huisartsen en bureaus tot stand is gekomen. Als leider van een bureau fungeert meestal een medicus practicus met een korte seksuologische