

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 nabeschouwing 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.-bureaus, 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 tweedee 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

scholing, die als adviseur een psychiater met seksuologische belangstelling naast zich vindt.

De patiënten, die een bureau bezoeken, kan men in een aantal categorieën onderverdelen, waarvan de eerste vijf voor deze inleiding van belang zijn, te weten: 1 de gehuwden, die reeds een maximaal of optimaal aantal kinderen hebben; 2 de gehuwden, die voorlopig geen kinderen meer wensen (bewuste familieplanning); 3 de gehuwden, die op medische gronden geen kinderen meer mogen hebben, rhesus-antagonisme, carcinoma uteri, portio-carcinoom, driemaal sectio caesarea, habituele vruchtdood met onbekende oorzaak; 4 de ongehuwden, die reeds cohabiteren, doch een huwelijk om sociale of economische redenen nog willen uitstellen; 5 de ongehuwden, die nog niet of pas verloofd zijn, en de wens te kennen hebben gegeven te cohabiteren of reeds enige malen geslachtsgemeenschap hebben gehad.

Bij het eerste bezoek wordt een seksuologische-gynecologische anamnese opgenomen, waarbij onder meer gevraagd wordt naar kindertal, verloop van de partus (sectio caesarea?), toepassing van anti-conceptie (a.c.), de reden waarom men inzake deze nader geïnformeerd wil worden, leeftijd waarop voor de eerste maal werd gecohabiteerd en met wie (uiteraard is deze vraag alleen te stellen in afwezigheid van de partner), coïtusfrequentie, menstruatiegeraden, fluor albus, wanneer de laatste coïtus. Hierna volgt het gewone gynecologische onderzoek en pas dan kan men tot de indicatiestelling van één der anti-conceptionele middelen komen, welke voor dit echtpaar geschikt is.

Men kent de volgende mogelijkheden van anti-conceptie: 1 coïtus interruptus, een dubieuze methodiek met grote kans op zwangerschap, anorgasmie en secundaire ejaculatio praecox; 2 periodieke onthouding volgens Ogina-Klaus, al dan niet met basale temperatuurmeting, weinig veilig in de praktijk; 3 condoom, belastend voor de man, hinderlijke interruptie van het voorspel, een goed middel voor beginnelingen; 4 pessarium oclusivum, wordt door de vrouw zelf aangebracht ante coïtem. Bij goede toepassing een goed middel; het gebruik van gelei of pasta is noodzakelijk. Enkele uitvoeringen zijn horlogeveerspiraal-pessarium en het pessarium matrialis. Een juiste instructie is hier het belangrijkste. Geregelde controle met toucher en speculum inspectie tenminste twee keer per jaar is wenselijk; 5 cervixkapje, daar waar het pessarium niet past in geval van cysto- of rectocele, al dan niet in combinatie met een steunend pessarium; 6 chemische middelen, vaginale schuimtabletten; 7 intra-uterine plastic ringen ter verwerking van een chronische endometritis; ligt op specialistisch terrein; 8 tuba-doorsnijding of onderbinding; 9 „de pil”, toe te passen van de 5e tot en met de 25ste dag van de cyclus, waarna een „with-drawl”-bloeding dient op te treden.

Het meest gebruikte orale anti-conceptivum is in Nederland Lyndiol, 2½ mg. De bijwerkingen zijn legio: misselijkheid, braken, pseudo amenorroe, gezwollen borsten, hoofdpijn, gewichtstoename, veranderingen van de libido, verhoogde nervositeit, hartkloppingen, verhoogde transpiratie, opvliegingen, duizeligheid, moeheid, zwaar gevoel in de buik, allergische verschijnselen. Echte medische contra-indicaties zijn er niet, frequente controle is echter wel vereist bij vrouwen met varices, mammacarcinoom, diabetici, hart-, nier- en vaataandoeningen, hypertensie, allergische aandoeningen, myomatosis uteri en leveraandoeningen. Kortom een goede anamnese, een frequente controle, vooral in het eerste jaar, gynecologisch onderzoek, bloeddrukcontrole, urinecontrole, naast geregeld wegen en een goede schriftelijke als zowel mondelinge instructie, zijn noodzakelijk, willen wij de verantwoordelijkheid voor deze vorm van anti-conceptie dragen.

Bij de gehuwden zal de voorschrijvende medicus weinig met zijn eigen ethische normen worden geconfronteerd, temeer zullen deze echter bij de ongehuwden een rol spelen. Meent men op ethische gronden tegenover paren die zelf om orale anti-conceptie verzoeken, niet gehuwd zijn, maar wel gecohabiteerd hebben, afwijzend te moeten beschikken, dan dient men wel te bedenken, dat hiermee de kans op een gedwongen huwelijk in de hand wordt gewerkt. Het is juist op grond van deze overweging, dat deze mensen naar ons toekomen. Het lijkt niet zinvol deze mensen terug te wijzen naar het punt, dat zij metterdaad en in de geest al gepasseerd hebben, namelijk dat van de in de verantwoordelijkheid jegens elkander grondende onthouding. De generatie van nu legt in dit opzicht

andere normen aan en hier kan de pil paradoxaal bevrijdend en moraalbevorderend werken. Het blijft inzake deze een individueel wikkelen en wegen, waarin vooral ook het gezichtspunt van de vrouw moet worden betrokken.”

De discussie na afloop van deze inleiding was intensief, maar bracht weinig nieuwe gezichtspunten naar voren. Samen vattend wil ik er het volgende van vastleggen. Bij het gebruik van orale anti-conceptie dient zowel door huisarts als patiënt een nauwkeurige administratie te worden aangehouden betreffende het gebruik. De patiënt moet een duidelijk begrip hebben voor het feit dat plotseling staken een vergrote vruchtbaarheid meebrengt. Dit gegeven kan bij grootscheepse toepassing van het orale anti-conceptie een negatieve geboorteselectie met zich brengen. De patiënt heeft de vrijheid zich tot een bureau te wenden; wel dient de huisarts door het bureau te worden geïnformeerd te worden, bij voorkeur per post. Bij ongehuwde vrouwen onder de 18 jaar wordt, in geval van versterking van de pil, door het bureau toestemming aan de ouders gevraagd.

Ten aanzien van de honorering voor hulp op het terrein der anti-conceptie worden maatstaven als geldend voor particulieren aangelegd. De N.V.S.H.-bureaus zullen mogelijk zichzelf te zijner tijd overleven, wanneer hun kennis en ervaring gemeengoed der huisartsen is geworden. Hier ligt een taak voor de medische faculteiten (sociale geneeskunde). De coïtus interruptus mag men niet te denigreren beschouwen; voor een deel van onze plattelandsbevolking is het het enige traditionele middel. Bij het gebruik van Lyndiol op zeer grote schaal vreest één der vraagstellers een ontvolking van Europa. Moet men niet bij jonge studenten, die anti-conceptie wensen en ver van hun vroegere woonplaats verblijven, als arts-bureauleider met de vroegere huisarts in contact treden? In zijn antwoord stelde de inleider dat het instituut van de universiteitsarts hier mogelijk uitkomst kan bieden. De vraag of zelfbeheersing bij jonge ongehuwden hoger te waarderen is dan vrij geslachtelijk verkeer met anti-conceptie kan moeilijk eensluidend worden beantwoord. Men moet aansluiten op het verantwoordelijkheidsbesef, dat de betrokkenen zelf willen opbrengen en zorgdragen voor de optimale verwerkelijking hiervan. Bij het voorschrijven van anti-conceptie moet er steeds met nadruk op worden gewezen dat geen enkele methodiek 100 procent zekerheid verschaft.

Tot slot nog een kort overzicht van de evaluatie van deze studiedag. Men was zeer over de opzet van deze bijeenkomst te spreken, de kritiek was opbouwend en richtte zich op de methodiek en de keuze der onderwerpen. Men vond de tijd, uitgetrokken voor de discussies, rapportages en inleidingen te kort. De tijd van voorbereiding voor de inleiders na de rapportage was eveneens te kort. De suggestie werd geopperd de discussies 's morgens en de inleidingen 's middags te doen plaatsvinden. De discussieleiders hadden tijdiger moeten worden betrokken in de vraagstellingen; het niveau der groepsdiscussie zou daardoor omhoog zijn gebracht. De keuze der onderwerpen achtte men wel geslaagd; de combinatie echter teveel omvattend. De vragen vond men te neutraal gesteld; ze hadden wat emotioneler kunnen worden geformuleerd.

In een meer algemene nabeschouwing kwam de tegenstelling kennisverrijking door toename van zakelijke kennis, en die door beter begrip omtrent achtergronden van eigen handelen, nog even naar voren.

B. Zwagers, centrumcorrespondent Drente

## UIT DE CENTRA

### Centrum Amsterdam

Na aftreden als bestuurslid van de collegae W. A. des Bouvrie en Dr L. Koekenheim is het bestuur als volgt samengesteld: C. H. A. Westhoff, voorzitter; P. J. Visser, secretaresse; N. A. J. Voorhoeve, penningmeester; A. J. H. Dokkum, H. J. Klaassen en J. H. Trommel, leden.

In het seizoen 1964-1965 zullen de volgende cursussen worden gehouden: Een cursus oogheelkunde van vijf avonden waarvan telkens driekwart uur aan oogspiegelen en een half uur aan theorie over verschillende onderwerpen zal worden besteed. Verder zal een vierde studiegroep medische psychologie worden opgericht.