

binnen als buiten onze professie, dat van mening is dat de dokter in bepaalde gevallen zelf het initiatief tot contact met de patiënt moet nemen. De voorbeelden van consultatiebureaus en prenatale zorg zijn overal bekend, maar daar wordt nu aan toegevoegd periodiek geneeskundig onderzoek, „pre-symptomatic screenings” op diabetes, glaucoom, anemie en cervix carcinoom, en onderzoek van of advies aan speciale bevolkings- of beroepsgroepen (huwelijksscholen, pensioeneringsproblemen). Elke praktijk is in feite een „population at risk” en in die populatie wordt het alternatief preventieve en curatieve geneeskunde toegevoegd aan het reeds omschreven dilemma kwantiteit of kwaliteit. De huisarts wordt als het ware verzocht, zonder zijn curatieve taak te verwaarlozen, ook nog de aanpak en techniek van de epidemioloog over te nemen. Ook hier zal hij moeten samenwerken met anderen en gebruik moeten maken van een public health team.

Samenvatting. Hoe kunnen wij de zegeningen van de specialisatie behouden en tegelijkertijd een evenwicht tot stand brengen tussen specialist en „generalist”? Hoe kunnen wij voorkomen dat de huisarts ten gevolge van alle nieuwe vorderingen in de geneeskunde ook zelf een soort specialist wordt, hoe kunnen wij bevorderen dat hij een positief antwoord ontdekt en een „specialist in antispecialism” wordt? De ontwikkeling van de medische wetenschap geldt niet alleen in de natuurwetenschappen, maar ook in de „social and behavioural sciences”. De vraag is zelfs gerechtvaardigd waar de geneeskunde eindigt en de sociologie begint. Culturele en sociale factoren zijn even belangrijk als de medische wetenschap voor het bepalen van de rol van de medici in de maatschappij en men ziet de interactie tussen beide in zijn meest pregnante vorm in de context van de huisartsgeneeskunde.

De situatie van thans is voor de huisarts allesbehalve rooskleurig, niemand kan zich veroorloven toeschouwer te blijven. Wat wij gaan doen op korte of op lange termijn, zal in harmonie moeten zijn met ons uiteindelijk doel, namelijk een effectieve relatie tussen de huisarts en zijn specialistische collega's enerzijds en tussen huisarts en maatschappij ander-

zijds. Het gaat hier niet om een statisch maar om een dynamisch evenwicht. Daarom moet er bij elke nieuwe stap ruimte zijn voor grote flexibiliteit. Elke stap moet gemotiveerd zijn door feitelijke ervaring. Er is behoefte aan een continue „medical audit” om nieuwe programma's van de gezondheidszorg te beoordelen tegen de achtergrond van de medische behoeften en de beschikbare krachten.

Het is niet mijn taak, aldus Scott in deze voordracht, de noodzakelijke stappen te specificeren die de huisartsen moeten nemen. Ik wil echter tot slot wel enkele verschijnselen noemen die een zeker optimisme rechtvaardigen, zoals: de groeiende belangstelling voor groepspraktijken; de steeds meer gehoorde eis tot vrij en ongehinderd gebruik van diagnostische en laboratoriumfaciliteiten; het enthousiasme van sommigen betreffende hun samenwerking met verpleegsters en anderen; onze pogingen tot rationalisering van praktijkvoering en opleiding van medisch hulppersoneel zoals in Holland, Duitsland en andere landen; ons voortdurend bezig zijn met plannen voor een speciale postgraduate opleiding voor de huisartspraktijk; de stimulerende voorbeelden van gezamenlijke acties van huisartsen en specialisten op het gebied van research, nascholing en dagelijkse praktijkvoering.

En tenslotte ben ik verblijd met de toenemende vrijmoedigheid waarmee bij ons eigen College de mening postvat, dat ook al is zij geen medisch politieke organisatie, het toch op zijn weg ligt „to produce yardsticks by which to measure quality of care in general practice, and be more specific about the time, the tools and the training which are required by all those privilege it is to work in this field of general practice”. Met deze brede visie en duidelijke woorden besloot Scott zijn voordracht, die een bijzonder goede achtergrond vormde voor de jaarvergadering, waarin over de nieuwe eisen voor het lidmaatschap moest worden gestemd en die tevens een fraaie inleiding was voor het symposium van zondag, waarvoor in een volgend nummer onder de titel *The Art and Science of General Practice* nog verslag zal worden gegeven.

R. C. Veldhuijzen van Zanten

Association for improvement in the maternity services; Patients association

Sinds kort is Engeland, dat in onze ogen toch al zoveel merkwaardige instellingen kent, twee nieuwe organisaties rijk, waarvan de namen in de titel zijn genoemd. Association for improvements in the maternity services (A.I.M.S.) is opgericht door leken en streeft de volgende doeleinden na: Men wil dat een groter deel van het nationaal inkomen aan de National Health Service en speciaal aan de verloskundige sector wordt besteed. Men zegt, dat er een tekort is aan ziekenhuisbedden op de verloskundige afdelingen. Men wenst meer vroedvrouwen en hoopt dit te bereiken door de opleiding, de honorering en de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Men wenst meer gezinshulpen en denkt daarbij aan een organisatie van kraamhulp, zoals deze in Nederland functioneert. De lezer bedenke dat de verhoudingen in Engeland wel heel anders liggen dan in Nederland. Hier 71 procent van de bevallingen thuis en 29 procent in het ziekenhuis; in Engeland en Schotland 20-30 procent van de bevallingen thuis en 70-80 procent in het ziekenhuis!

Ik besluit deze mededeling over A.I.M.S. met de laatste twee doelstellingen onvertaald weer te geven:

No loneliness in labour. It should be mandatory for no woman in established labour to be left alone against her will. Fathers or laysitters are encouraged to sit with mothers in labour where there is a shortage of nursing staff. A.I.M.S. members are undertaking and organising this service. Being left alone can cause acute mental distress. *Research and training of*

doctors and midwives. Research in obstetrics is lagging behind research in other medical fields. More research must be undertaken in analgesics and into relief of pain in childbirth. More investigation should be encouraged into the psychological aspects of pregnancy and the post natal period, particularly when training medical students and midwives.

Een organisatie, die ongetwijfeld meer stof heeft doen opwaaien dan de vorige, is de in 1963 opgerichte Patients Association, welke zich noemt: „a voice for the patient”. De doeleinden van deze vereniging zijn: de belangen van de patiënten te representeren en te bevorderen; bijstand en advies aan de patiënten te geven; informatie te verkrijgen en te verstrekken; begrip en goodwill te kweken tussen de patiënten en de beoefenaren van de medische en paramedische beroepen.

Enkele uitgaven van de Patients Association zijn: „Some lesser known services and concessions available under the National Health Service”, bevattende een aantal aanwijzingen zoals deze ook regelmatig in ons land worden gepubliceerd in de uitgaven van de ziekenfondsen.

„Going into hospital” een beschrijving van het ziekenhuis en alles wat de patiënt daar te wachten staat en wat hij er te doen en te laten heeft. Het is mij niet bekend of een dergelijke brochure in Nederland reeds bestaat, maar ongetwijfeld zou dit ook hier onder de patiënten veel misverstanden wegnemen over de verhoudingen in het ziekenhuis.

„Changing your doctor under the National Health Service”, typisch aangepast aan de Britse omstandigheden.

„Complaints received by the Patients Association”. Het is begrijpelijk dat deze laatste publikatie het meest in de belangstelling staat en wanneer men de bestuursleden van deze vereniging moet geloven, hindert het hen zeer, dat de vereniging vaak wordt beschouwd als een soort klachtenbureau van de patiënt tegen de dokter. Zelf tracht men meer de positieve kanten van de vereniging naar voren te brengen, maar uit de 525 klachten, welke het eerste jaar werden ontvangen, blijkt wel, dat het publiek „iets ziet” in deze mogelijkheid om zijn ongenoegen ten opzichte van de medische professie te kunnen spuien.

Beziet men de lijst van klachten, dan komt men inderdaad klachten tegen, die in Nederland ook niet onbekend zijn. Men heeft de klachten in tien categorieën procentueel als volgt onderverdeeld: verwaarlozing (21); slechte organisatie (16); gebrek aan communicatie (14); onmenselijkheid (12); wachten (10); experimenten en medicamenten (10); onhoffelijkheid (7); vuilheid (4); behandeling door studenten (3); gebrek aan samenwerking tussen geneeskundige instanties (3).

De eerste, tweede en vijfde klacht spreken wel voor zichzelf. Een belangrijk deel van de klachten over slechte organisatie berust ook op het wachten, een euvel dat in Engeland al evenzeer in de belangstelling staat als in Nederland. Ook daar probeert men door afspraakspreekuren aan dit bezwaar tegemoet te komen. Het gebrek aan communicatie ligt ten dele op emotioneel, ten dele op praktisch terrein. De patiënt, die van de arts niets hoort over zijn ziekte, gaat zich onzeker voelen, wordt angstiger dan noodzakelijk geweest zou zijn. Soms wordt er niets gezegd over bijwerkingen welke van de medicamenteuze therapie zijn te verwachten, soms wordt de naaste familie niet of te laat ingelicht over het verloop van de ziekte. Onhoffelijkheid en onmenselijkheid verschillen slechts gradueel van elkaar; hierbij speelt uit de aard der zaak de verwachting van de patiënt ten opzichte van de medicus een grote rol. Inzake experimenten en geneesmidde-

len komen klachten voor over onvoldoende gefundeerd gebruik van nieuwe geneesmiddelen. Een analoog verschijnsel in ons land zou zijn af te leiden uit het feit, dat bij de medisch-farmaceutische commissies van de ziekenfondsen soms een top van aanvragen komt nadat een folder over een nieuw geneesmiddel aan de artsen is rondgezonden. De meeste klachten over onvoldoende hygiëne hadden betrekking op de ziekenhuizen, terwijl de klachten over behandeling door studenten vooral betrekking hadden op het feit, dat aan de patiënt tevoren geen toestemming was gevraagd voor een dergelijke behandeling of voor demonstratie in de collegezaal. Wat ten slotte het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende instanties betreft, het bleek dat een gedeelte van de klachten betrekking had op onvoldoende of te late communicatie tussen het ziekenhuis en de huisarts, een klacht, die in Nederland ook niet onbekend is.

Gelukkig onderkent het bestuur van de Patients Association terdege het bezwaar, dat aan een dergelijk „klachtenbureau” is verbonden. Van een deel der klachten valt reeds direct op te maken, dat dit berust op een verkeerd begrip van de kant van de patiënt. Men tracht dan de klager een beter begrip in de medische verhoudingen bij te brengen (de vereniging heeft enkele medische adviseurs). Bij een ander deel der klachten blijkt pas bij een nader onderzoek, dat de klacht niet terecht is en bij een gedeelte blijken er inderdaad toestanden te bestaan, die zowel in de kring der leken als in de medische professie als ongewenst worden bevonden. Wanneer deze moeilijkheden niet in gemeenschappelijk overleg blijken te kunnen worden opgelost, wordt aan de patiënt de weg gewezen om ter bevoegder plaatse (N.H.S. of een andere instantie) een klacht te deponeren, maar volgens het bestuur van de vereniging wordt er zoveel mogelijk naar gestreefd in onderling overleg tot een oplossing te komen. Het valt te begrijpen, dat de publiciteitsmedia in Engeland de bewegingen van deze organisatie op de voet volgen en hier niet zelden stof in vinden tot publikatie, zowel in de pers als voor de televisie.

R. S. ten Cate

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

64-52. Aetiological factors and therapeutic approach to the dumping syndrome. Sullivan, M. B. en B. R. Boshell. (1964) *Brit. med. J.* 1, 414.

De term „dumping” werd door C. L. Mix in 1922 geïntroduceerd, die daarmee een symptomencomplex beschreef, optredend na een maaltijd bij patiënten na een maagoperatie. De symptomen zijn van gastro-intestinale en vasomotorische oorsprong en beginnen binnen de 30 minuten na de maaltijd (vooral een koolhydraatrijke). De therapie bleef beperkt tot dieetmaatregelen, vochtbeperking en plat liggen na de maaltijd.

Buse en Le Quesne veronderstelden, dat de essentiële factor in het ontstaan van de dumpingreactie in een defect koolhydraatmetabolisme was gelegen, dat leidde tot een onvermogen alle aangeboden koolhydraten op te nemen, een „lag type” van de glucosebelastingcurve en een resulterende daling van het plasmavolume van gewoonlijk meer dan 10 procent. Dit laatste zou de dumpingsymptomen in gang brengen. Zij toonden aan dat vermindering van de bloedvolumeveranderingen en dumpingreacties opraden, indien ze de patiënten voor de maaltijd insuline toedienden.

De schrijvers hebben 21 patiënten (19 mannen en 2 vrouwen), met ernstige en voortdurende dumpingklachten onderzocht op het effect van insuline en een oraal antidiabeticum. Twintig patiënten hadden een subtotaal en één een totale maagresectie ondergaan. De leeftijden varieerden van 34 tot

68 jaar. Het onderzoek begon bij iedere patiënt met een drie tot vijf uur durende glucosebelastingstest, waarbij gebruik werd gemaakt van 75 gram glucose. Deze test werd herhaald met insuline of Na-tolbutamide voor de glucosetoediening. De bloedglucosepiek werd bij alle patiënten binnen het uur na de glucosebelasting waargenomen en bedroeg gemiddeld 227 mg/100 ml (variërend van 144 tot 318 mg/100 ml). Tolbutamide of insuline gaven een verlaging van de piek te zien van 6 tot 54 procent. De resultaten van tolbutamide en insuline waren vergelijkbaar.

In het na-onderzoek werd individueel bepaald welke dosis Na-tolbutamide moest worden toegediend om een optimaal effect te verkrijgen: deze varieerde van 0,25 tot 1 g 10 tot 30 minuten vóór de maaltijd in te nemen. Als medicament werd Na-tolbutamide gebruikt wegens de snelle resorptie. Zo gauw de juiste dosis was bepaald, werd bij tien van deze patiënten een dubbelblind onderzoek verricht, waarbij behalve van Na-tolbutamide van een placebo gebruik werd gemaakt. Overduidelijk bleek wel, dat het tolbutamide wel en het placebo geen gunstig resultaat te zien gaf.

Van de 21 patiënten gaven 19 een duidelijke subjectieve verbetering aan. Bij vier hiervan was het gunstige resultaat slechts van tijdelijke aard, zodat deze behandeling bij hen niet werd voortgezet. Wegens alcoholisme moesten twee patiënten eveneens de therapie onderbreken. De overige dertien patiënten zijn nog steeds in sterk verbeterde toestand. De