

„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 ARTIKELDOCUMENTATIE

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

observatieperiode van deze patiënten bedraagt 3 maanden tot 2½ jaar. Als bijzonderheid vermelden de auteurs dat drie patiënten een dusdanig remissie hadden, dat zij zonder therapie klachtenvrij waren. Twee hiervan kregen evenwel na enkele maanden weer klachten, zodat ze weer tolbutamide kregen; de andere is evenwel nog steeds, meer dan 15 maanden, klachtenvrij.

De gemiddelde gewichtstoename van de 19 patiënten gedurende de eerste maand bedroeg 1,5 kg; de gemiddelde gewichtstoename van 15 patiënten over een behandelingsperiode van drie maanden, bedroeg 2,4 kg; daarna bleef het gewicht constant.

Na de medicamenteuze therapie werden geen complicaties gezien, hoewel een derde van de patiënten over pyrosis klaagde in de tijd verlopend tussen het innemen van het tablet en de maaltijd. Deze klacht kon worden ondervangen door het tablet met wat natriumcarbonaat of wat voedsel in te nemen. De enige andere waargenomen reactie was een aanval van hypoglykemie 1½-2 uur na de maaltijd. Door de voedseltoediening te vergroten, verminderde ook deze klacht.

Bij 18 patiënten werd een intraveneuze tolbutamide-tolerantietest verricht. Twaalf gaven een duidelijk diabetisch of suspect diabetisch beeld te zien, zoals bij een volwassene in het beginstadium van diabetes. De veranderingen in het plasmaplasma konden door de auteurs niet worden aangetoond. Twaalf van de 18 patiënten bleken een verminderde koolhydraattolerantie te hebben of wellicht een verminderde insulinereserve. Aangezien er geen duidelijke statistische correlatie is aangetoond tussen het lijden aan een peptisch ulcus en diabetes mellitus, wijzen de auteurs erop, dat er van een subtotale gastrectomie mogelijk een diabetogeen effect uitgaat.

De herhaalde bètacellen-stimulering door de extreme hyperglykemische piek, die na elke voedselopname optreedt, kan een uitputtend effect op de insulinereserve hebben. Natuurlijk treedt geen totale uitputting op, aangezien deze patiënten niet manifest diabetisch zijn. De trage insuline-afscheiding en de abnormale reactie op intraveneuze toediening van Na-tolbutamide is gelijk aan die, welke we zien bij patiënten met het volwassen type van diabetes mellitus in het beginstadium. Deze factoren kunnen wellicht het „lag type” van de glucosebelastingcurve en de door Hobsley en Le Quesne veronderstelde verminderde perifere glucose-utilisatie verklaren. De slechte voedingstoestand waarin veel patiënten met dumpingklachten verkeren, kan wellicht ten dele worden geweten aan de verminderde koolhydraattolerantie. Dat vijf van de onderzochte patiënten pas vier tot 54 maanden na de operatie dumpingklachten kregen is in overeenstemming met de bèta-cel-uitputtingstheorie.

Tenslotte wijzen de auteurs erop dat het van het grootste belang is bij de therapie van de dumping, dit ziektebeeld nauwkeurig te differentiëren van de talloze andere postgastrectomiesyndromen.

C. H. Bowles.

65-03r. Evolution of a specialty. Shaw, W. J. (1963) *J. Amer. med. Ass.* 186, 575.

Dit artikel geeft een kort overzicht van de ontwikkeling der specialisatie in Amerika. In verband met deze ontwikkeling beschrijft de auteur de taakverschuiving van de huisarts. Hij acht het creëren van een specialisme gezinsgeneeskunde (family practice) noodzakelijk en wijst op de vele stappen, die in dit opzicht reeds zijn gedaan door de American Medical Association en de American Academy of General Practice. Analoot aan de andere specialismen zal een speciale opleiding moeten worden ontworpen. Verwacht wordt, dat mits de opleiding qua niveau voldoende is, de ziekenhuizen faciliteiten zullen bieden aan de als gezinsgeneeskundig specialist erkende huisarts. Tevens zullen huisartsen dan wellicht worden ingeschakeld bij het medisch onderwijs. De kwestie erkenning en registratie wordt moeilijk, maar wel oplosbaar geacht.

(Het artikel biedt vergelijkingsmogelijkheden met de situatie in ons land. Ook hier echter blijken naast overeenkomsten belangrijke verschillen in opvatting omtrent taak en functie van de huisarts te zijn, ref.)

Dr. W. Brouwer

Berichten

BOERHAAVE-CURSUS RATIONALISERING KLINISCH LABORATORIUM ONDERZOEK

De Boerhaave-cursussen voor voortgezet medisch onderwijs zullen op vrijdag 24 en zaterdag 25 september 1965 een cursus organiseren betreffende rationalisering van klinisch laboratoriumonderzoek. De bedoeling is om te bespreken welke werkwijzen hebben bewezen een goed resultaat te geven en welke gewoonlijk overbodig zijn of pas noodzakelijk worden in tweede of derde instantie. De cursusleiders en vele andere internisten zijn van oordeel dat men in vele gevallen met veel minder laboratoriumbepalingen toe kan en dat in de aanvragen voor laboratoriumonderzoek nauwkeurige klinische overwegingen mede verdisconteerd dienen te worden.

Het programma voor vrijdag 24 september is: *J. Mulder*: Opening; *B. Leynse*: Inleiding; *L. Kuenen*: Algemene aspecten van vereenvoudiging van het laboratoriumonderzoek; *L. Schalm*: Vereenvoudigde leverfunctieproeven vanuit klinisch standpunt; *E. J. van Kampen*: Vereenvoudigde leverfunctieproeven vanuit chemisch standpunt; *E. A. Loeliger*: Het nut en de plaats van het bepalen van stollingsfactoren bij leverparenchymstoornissen; *J. B. Lips*: De rationalisering van het chemische maagfunctieonderzoek; *J. de Graeff*: Vereenvoudigde en noodzakelijke nierfunctieproeven; *B. Leynse*: De noodzaak van het bepalen van bepaalde transaminasen bij het hartinfarct; *A. H. Holtz*: Discussie over de meest aanbevelenswaardige bloedsuikerbepaling; *B. Leynse*, *J. B. Lips* en *J. Terpstra*: Discussie over de glucose tolerantieproef; *D. Smeenk*: Rationalisering van de laboratorium-diagnostiek bij mogelijk bestaande hyperparathyreoïde; *A. P. van Seters*: Welke proeven zijn noodzakelijk voor het opsporen van een bijnierinsufficiëntie; *A. P. van Seters* en *A. A. H. Kassenaar*: Welke bepalingen zijn noodzakelijk voor het beoordelen van een bijnierschorshyperfunctie?

Voor zaterdag 25 september is het programma: *W. R. O. Goslings*: Rationalisering van de bloedkweek inclusief die bij subacute bacteriële endocarditis; Wanneer zijn gevoeligheidsbepalingen voor antibiotica strikt noodzakelijk en wat is de handigste en meest betrouwbare methode?; *J. Mulder*: Vereenvoudigde methoden bij het sputumonderzoek op bacteriën en eosinofiele leukocyten; *J. F. Coster* en *J. F. Ph. Hers*: Snel microscopisch onderzoek op tuberkelbacteriën; *W. Hijmans*: Antinucleaire factor en L. E. cel-fenomeen; *H. A. Valkenburg*: Wanneer is de AST-bepaling noodzakelijk? Wat is de waarde van een positieve keelwat op beta hemolytische streptokokken?; *J. F. Coster*, *J. Goslings*, *W. Heijmans* en *H. A. Valkenburg*: Discussie over de waarde van de proef van Waaler-Rose, de latexproef en de L-agglutinatie; *E. J. van Kampen*: Automatische bloedceltelling; *J. Mulder*: Vereenvoudigde conservatieve methoden bij de telling en differentiatie van leukocyten; *F. J. Cleton*: Discussie over de meest betrouwbare trombocytentelling; *J. Mulder*: Discussie over dekglas of objectglas-uitstrijk van bloed; *J. J. van Rood*: Snelle beoordeling van het mogelijk bestaan van hemolytische anemie.

De cursus is bedoeld voor internisten, kinderartsen en klinische laboratoriumexperts. Aanmelding dient te geschieden — het cursusgeld bedraagt f 30,— — vóór 10 september bij het secretariaat van de Boerhaave-cursussen, bureau directeur-geneesheer Academisch Ziekenhuis, Leiden. Inlichtingen telefoon 01710-57222, toestel 2700.

Cursus Medische Statistiek

Het Nederlandse Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden organiseert in samenwerking met de medisch-biologische sectie van de Vereniging voor Statistiek van eind september 1965 tot en met mei 1966 op dinsdagavonden een uit dertig lessen bestaande cursus medische statistiek. In deze cursus worden behandeld de opzet en uitvoering van onderzoeken, de beschrijvende en de mathematische statistiek, enkele klassieke methoden, verdelingsvrije methoden, de toetsing betreffende kwalitatieve gegevens en de keuze van een statistische methode. Het cursusgeld bedraagt