Valerie Graves gedirigeerde „Medical Recording Service and Sound Library". Deze methodiek, waarbij voordrachten van prominente docenten op de band worden opgenomen, eventueel gecombineerd met dia's, leent zich niet alleen voor nascholing van excentrisch wonende en alleen werkende collegae, maar is vooral van belang gebleken voor nascholing van kleine groepen huisartsen al of niet gecoached door plaatselijke specialisten (van het specialisme waarop de voordracht betrekking heeft).

Het Ministry of Health is aan de hand van de binnenkomende declaraties, beter dan welke instanties, in staat de deelname van de huisartsen aan de erkende nascholing te volgen. Uit het jongst beschikbare rapport blijkt, dat in de laatste vijf jaar (over de periode van 1958 tot 1963) de deelname is verdubbeld.

K. G. Brühl

Amsterdam, 25 januari 1966

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

66-01r De functiekeuze van de in Nijmegen afgestudeerde artsen in relatie met hun stage bij de huisarts. *Mertens, A. en J. Persoon, (1965), R.K. Artsenblad 44, 348.*

De medische faculteit Nijmegen heeft onlangs een enquête gehouden onder degenen die in Nijmegen waren afgestudeerd, nadat zij daar hun studie tot en met het artsexamen hadden afgelegd. Alle 229 geënquêteerde artsen beantwoordden de gestelde vragen. Het bleek dat van deze afgestudeerden 45 procent huisarts is. De schrijvers merken op dat dit cijfer, vergeleken met de alarmerende berichten, nogal geruststellend is.

Als mogelijke verklaring zou kunnen gelden dat in Nijmegen een verplichte stage in de sociale geneeskunde bestaat, welke door meer dan tweederde der semi-artsen bij een huisarts wordt gelopen. Deze verplichte stage bestaat sinds 1957, duurt vier weken en wordt gelopen als eerste co-assistentschap na het semi-artsexamen. De semi-artsen kunnen deze stage naar eigen keuze lopen bij een huisarts, een gemeentelijke geneeskundige dienst, een bedrijfsgeneeskundige dienst of in een verpleeghuis. Meer dan 70 procent van de geënquêteerden verkoos destijds de huisartspraktijk als plaats om hun stage te volgen.

Zowel de ervaringen van de studenten, als van de faculteit en de deelnemende huisartsen, waren zeer gunstig. De beste vorm van selectie van de huisartsen bleek de autoselectie te zijn. Voor de huisartsen is dit werk echter zo belastend dat zij bij voorkeur niet vaker dan twee keer per jaar gedurende vier weken een semi-arts in hun praktijk ontvangen.

De medische faculteit is zo tevreden over deze stage bij de huisarts dat per 1 januari 1965 de gehele stageduur verlengd is tot acht weken, waarvan minstens vier bij een huisarts moeten worden doorgebracht. Bovendien krijgt vanaf die datum de huisarts voor deze vier weken een vergoeding van tweehonderd gulden. Eveneens is besloten deze stage sociale geneeskunde te verschuiven naar het einde van de studie en wel als het op-een-na-laatste co-assistentschap voor het artsexamen.

G. J. Bremer

66-02r. Public and professional attitudes to a screening programme for the prevention of cancer of the uterine cervix. A preliminary study: *Wakefield, J. en L. Baric (1965) Brit. J. prev. soc. Med. 19, 151.*

In de jaren 1963 tot 1965 werd in het district Manchester, Engeland, de houding van publiek en artsen tegenover een massa-onderzoek op cervixcarcinoom onderzocht. Immers, de grote ervaring met de exfoliatieve celdiagnostiek bij het opsporen van beginnend portiocarcinoom rechtvaardigde een opzet in groter verband. Een onderzoek naar de houding van publiek en artsen tegenover deze vorm van massa-onderzoek achtte men een noodzakelijk onderdeel van de voorbereidingen. Daartoe werd door de kort tevoren opgerichte afdeling voor „Social research" van het Christie Hospital and Holt Radium Institute te Manchester het terrein verkend. Om te beginnen vroeg men zich af welke vrouwen voor dit onderzoek in aanmerking zouden komen en welke zich zouden melden. Vervolgens werd overwogen wie de uitstrijkjes zou moeten maken en waar deze zouden moeten worden beoordeeld.

Onderzoekingen in de Verenigde Staten en in Canada brachten alle de GP (huisarts) naar voren als de centrale figuur die de uitstrijkjes maakt, hetzij in zijn eigen praktijkruimte, hetzij in een speciale (poli)kliniek. In Engeland leek het aantal GP's voldoende om het materiaal voor een massa-onderzoek te verzamelen, maar aan tijd en de nodige outillage zou het wel eens kunnen ontbreken.

In de meeste landen heeft men ondervonden, dat de medewerking van de betreffende vrouwen aan zulk een onderzoek een bepaald patroon vertoont: ongeveer 4 tot 10 procent van de vrouwen komt zonder een speciale uitnodiging zodra zij vernemen dat er een mogelijkheid bestaat om dit onderzoek te laten uitvoeren; ongeveer 40 procent van de vrouwen heeft een aansporing nodig om zich te melden en de grootste groep, ongeveer 50 procent, komt niet opdagen en vormt de kern van de weerstand tegen het programma. Het blijkt dat de vrouwen die zich niet aanmelden voornamelijk moeten worden gezocht in de sociaal lagere groeperingen met een lager ontwikkelingspeil en een lager gezinsinkomen. Helaas blijken zich onder hen de meest bedreigde groepen te bevinden. Men mag echter nooit uit het oog verliezen dat onder hen, die weigeren, vrouwen van alle socio-economische groeperingen voorkomen.

Het doel van het „Manchester research project into professional and public attitudes" was om inzicht te verkrijgen in de begrenzing en in de omvang van de problemen, welke zich bij een algemeen massa-onderzoek voldoen. Het ingestelde opinie-onderzoek heeft echter betrekking op materiaal dat werd geselecteerd teneinde bruikbare informatie te verkrijgen: de uitkomsten hiervan moeten dus uitsluitend als een aanwijzing worden opgevat. Ondervraagd werden 33 GP's, die tezamen met hun partners 94.000 zielen verzorgden; vervolgens 43 gynaecologische specialisten en acht artsen van laboratoria, ziekenhuizen en plaatselijke gezondheidsdiensten.

De problemen werden gerangschikt naar de drie fasen van het massa-onderzoek: 1. het afnemen van de uitstrijkjes: wie moet de uitstrijkjes maken en waar moet dit gebeuren?; 2. het beoordelen van de uitstrijkjes, hetgeen inhoudt de beschikbaarheid van adequate laboratorium-mogelijkheden met speciaal geschoold personeel; 3. de documentatie en administratie van de gegevens, waarbij direct de vraag opkomt wie de vrouwen voor herhaling van het onderzoek moet oproepen.

Het maken van de uitstrijkjes. Het aantal vrouwen dat zich aanmeldt hangt af van de voorlichting die hen bereikt en van hun bereidheid om van de mogelijkheid zich te laten onderzoeken gebruik te maken. In de opzet te Manchester werd het merendeel van de uitstrijkjes gemaakt tijdens een vaginaal onderzoek dat om andere redenen werd verricht, terwijl een minderheid afkomstig was van vrouwen

die zelf het initiatief hadden genomen om een uitstrijkje te laten maken. Deze laatsten vormden dus de groep vrouwen die zich onmiddellijk meldde zodra zij van de mogelijkheid van dit onderzoek hoorde: de vrouwen van deze groep behoren tot de bovengenoemde 10 procent, voornamelijk bestaande uit jongere, meer ontwikkelde vrouwen.

Teneinde de beschikbare laboratorium-capaciteit niet te overbelasten heeft men het voorlichtingsprogramma opzettelijk beperkt, zodat het onderzoek uitsluitend deze categorieën heeft omvat.

De samenstelling van de bevolking in het district Manchester toonde immers een totaal van 26½ procent vrouwen in de leeftijdsklasse van 25 tot 60 jaar, een percentage dat ook elders in de wereld is vastgesteld waar een dergelijk massa-onderzoek werd opgezet. Dit betekende 643.100 vrouwen. Zelfs als het aantal uitstrijkjes tot de bovengenoemde 50 procent beperkt zou blijven, dan nog leek het onmogelijk deze 300.000 uitstrijkjes binnen afzienbare tijd in de laboratoria te verwerken. Er werden daarentegen in de ruim twee jaren van het onderzoek 29.618 uitstrijkjes beoordeeld van vrouwen, van wie min of meer volledige gegevens beschikbaar waren.

		Afkomstig van (in procenten)		
			(poli)klinieken	
Datum	Aantal uitstrijkjes	GP (huisarts)	Family planning association clinics	Local health authority clinics
1963-1964	18.446	36,5	42,9	20,6
mei-juli 1964	3.685	41,3	37,8	20,9
augustus-oktober 1964	3.799	44,9	34,4	20,7
november 1964-januari 1965	3.688	47,5	30,6	21,9

Bij een gelijk blijvend aantal ingezonden uitstrijkjes ziet men een toename van het aandeel van de GP's. Niettemin is het merendeel van de uitstrijkjes nog steeds afkomstig van de poliklinieken: de „family planning association clinics" in Nederland te vergelijken met de bureaus van de N.V.S.H., en de „local health authority clinics" die door de plaatselijke gezondheidsdienst met verschillende doeleinden zijn opgericht, waaronder speciaal voor het cytodiagnostisch onderzoek, in Nederland te vergelijken met consultatiebureaus. Het blijkt dus, dat de GP bij de vrouwen, die geen der poliklinieken bezoeken, en dat zijn er zeer vele, de belangrijkste rol zal moeten vervullen. Hij zal òf de uitstrijkjes zelf moeten maken, òf zijn patiënten moeten bewegen dit elders te laten doen. Het onderzoek van Breslow & Hochstim in Californië toonde aan, dat 90 procent van de vrouwen die zich aan deze vorm van onderzoek onderwerpt, zulks doet op aandringen van de huisarts. Het onderzoek te Manchester heeft echter aangetoond, dat grote aantallen Engelse vrouwen de anonymiteit van een polikliniek verkiezen boven een bezoek aan hun GP.

Men verwachtte een verschil in leeftijdsverdeling van de vrouwen die respectievelijk hun GP, een FPA-bureau of een LHA-consultatiebureau zouden bezoeken. Dit verschil was wel aanwezig, maar het bleek slechts van geringe omvang: bij de GP verscheen een groep vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 37,2 jaar; op het FPA-bureau verschenen vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 34,5 jaar en op het LHA-consultatiebureau verschenen de vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 39,8 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle vrouwen tezamen bedroeg 35,2 jaar.

De gynaecologen waren aanvankelijk van mening dat de uitstrijkjes bij voorkeur in een goed geoutilleerde polikliniek dienden te worden afgenomen, „waar betrouwbare uitstrijkjes kunnen worden gemaakt", waarbij werd aangetekend, dat „het enthousiasme eerder van gynaecologische zijde dan van de kant van de patholoog anatomen komt". Het standpunt van de gynaecologen was echter niet gelijkluidend: van de 43 gynaecologen waren er vier niet bereid enig cytologisch onderzoek te laten verrichten en van de overblijvende 39 wilden er zes het onderzoek uitsluitend op hun gynaecologische spreekuur en niet bij de post-natale controle toepassen, terwijl nog een ander sceptisch stond tegenover het onderzoek als zodanig maar open stond voor overreding. Een viertal liet negatieve geluiden horen als „dubbelzinnige uitkomsten", „economisch onuitvoerbaar", en „wij wekken kankervrees op". Overigens werd er van gynaecologische zijde op gewezen, dat er oudere GP's zouden kunnen zijn die in hun opleidingstijd niet hadden leren omgaan met een speculum, zodat zij zonder speciale instructie geen uitstrijkje zouden kunnen maken. Voor hen zou er dus een mogelijkheid moeten worden geschapen om patiënten naar een polikliniek te verwijzen. Verder zouden die GP's die thuis onvoldoende zijn ingericht in staat moeten worden gesteld om in een polikliniek met een goede outillage hun patiënten te kunnen onderzoeken en uitstrijken.

De GP's toonden zich bewust van het belang van hun rol bij het massa-onderzoek: na een jaar instrueren van groepen was het aantal artsen dat om toezending van afname- en verzendmateriaal had verzocht gestegen tot 500. Naast enig optimisme bij de leiding van het project schaarde zich aanvankelijk wat bezorgdheid uit de cytologische laboratoria, omdat men had uitgerekend dat iedere GP 150 uitstrijkjes per jaar zou kunnen inzenden. Wat dit betreft was het maar gelukkig dat deze 500 GP's slechts 2377 uitstrijkjes in het jaar van onderzoek hebben ingezonden.

Wat is de oorzaak van dit verschil tussen het mogelijke en het werkelijk ingezonden aantal? Het bleek, dat alléén het feit dat een arts toezending van afname-materiaal had verzocht niet impliceerde dat hij ook uitstrijkjes ging maken. Sommigen hielden het materiaal achter de hand om aan een mogelijk verzoek van de kant van patiënten te kunnen voldoen. Anderen maakten het uitstrijkje uitsluitend als een aanvullende diagnostiek bij een vaginaal onderzoek. En maar enkelen hebben getracht hun patiënten over te halen om cytodiagnostisch onderzoek te laten verrichten in het licht van de preventie. Zij kregen te doen met apathie of weerstanden. Zij meenden onvoldoende de tijd te hebben gehad om hun vrouwelijke patiënten alles uit te leggen en zij meenden hen niet bereid te hebben gevonden zich onvoorbereid aan een vaginaal onderzoek te onderwerpen terwijl zij hun arts bezochten voor klachten die elders zetelden. De GP, die in het algemeen wordt geconsulteerd door zieken, blijkt moeilijk in te schakelen bij dit massa-onderzoek van gezonde vrouwen.

Het bleek verder dat na een positieve vondst van carcinoom de betrokken arts niet meer uitstrijkjes ging inzenden dan tevoren. Dit had men anders verwacht! In hoeverre rapportage van de vondst van andere afwijkingen dan kanker een invloed heeft op de frequentie van inzenden moet nog worden onderzocht. (Hiervoor komen trichomonas, schimmels, type erosies, leukoplakie en poliepen in aanmerking, ref.)

Zeer opvallend was de weerstand bij de artsen om het woord kanker in de mond te nemen. Zowel bij de GP als op de poliklinieken was het merendeel van de vrouwen onkundig van het feit dat het uitstrijkje verband hield met kankerpreventie *), en een groot deel hunner was zich zelfs niet ervan bewust, dat er een uitstrijkje was gemaakt! Een dergelijke weerstand werd ook bij de vrouwen vastgesteld die wèl over het onderzoek waren ingelicht: pas nadat zij de uitslag hadden vernomen vertelden zij aan hun echtgenoot of vriendinnen over het onderzoek! De een tot twee weken tussen het tijdstip van de afname en het binnenkomen van de uitslag waren gevuld met angst, die zij voor anderen verborgen hielden. Met deze weerstanden zal bij een algemeen

* Het ware misschien juister, ofschoon voor deze uiteenzetting niet essentieel, om bij dit onderzoek, in een dergelijk vroeg stadium dat volledige genezing is verzekerd, niet te spreken van kankerpreventie, maar van kankerdetectie. Het doel is immers om door ontdekking van een nog niet doorgegroeid intra-epitheliaal carcinoma (in situ) met een kleine ingreep een complete resectie van het zieke weefsel mogelijk te maken. Waar het om gaat is de preventie van het lijden en overlijden aan cervixcarcinoom, ref.

massa-onderzoek terdege rekening moeten worden gehouden.

Het beoordelen van de uitstrijkjes. Door het tekort aan geoefend personeel was de laboratorium-capaciteit voor een massa-onderzoek ontoereikend; deze kon echter tijdens de ontwikkeling van het programma worden opgevoerd. Het systeem dat gebruik maakte van postverbindingen met regionale laboratoria bleek alleszins te voldoen. Ten aanzien van de cytotechnici bleek er nog een probleem te rijzen: hun status. Opleiding in de cytodiagnostiek mag hen niet doen vervreemden van het algemene laboratoriumwerk en een mogelijkheid om promotie te maken moet open blijven.

De documentatie, de administratie en het oproepsysteem voor het onderzoek. Teneinde de vrouwen tegen de gevolgen van het cervixacinoom te beschermen is periodiek herhaald cytodiagnostisch onderzoek noodzakelijk. In dit opzicht — bij het oproepen voor herhaling — bleken de voorzieningen tekort te schieten. Alras rees de vraag aan wie de verantwoordelijkheid hiervoor te delegeren. Schriftelijk oproepen betekenden te Manchester voor de PTT het bezorgen van 215.000 brieven per jaar. Bovendien blijkt een schriftelijke oproep in het algemeen weinig invloed uit te oefenen wanneer men in actie moet komen. Men meende dat de verantwoordelijkheid zou moeten berusten bij de GP, die het kaartsysteem van zijn patiënten beheert. In dat geval zou hij echter moeten worden geholpen met hulpkrachten, outillage en beschikbare tijd; tevens diende hij voor dit werk afzonderlijk te worden gehonoreerd.

Conclusies. De houding van de artsen tegenover deze vorm van preventie dient te worden herzien willen zij de vitale rol kunnen spelen vrouwen ertoe te bewegen een uitstrijkje te laten maken.

De voorlichting van de vrouwen van de „bedreigde" leeftijdsklasse dient rekening te houden met het socio-economische en het ontwikkelingspeil. Van de ervaring die in andere sectoren van de preventieve geneeskunde is opgedaan moet gebruik worden gemaakt.

Het programma kan niet beperkt blijven tot de huisartspraktijk. Daarnaast zullen de poliklinieken een taak moeten vervullen en wel in die gevallen waarbij de vrouwen voor het maken van een uitstrijkje liever niet hun GP bezoeken en verder in die gevallen waarbij om andere reden poliklinisch een vaginaal onderzoek wordt verricht. In dit opzicht verdient de rol van de FPA-bureaus de aandacht, zowel ten aanzien van hun positie als ten aanzien van de vergoedingen voor dit werk.

De waarde die deze vorm van onderzoek heeft voor het ontdekken van andere afwijkingen dan kanker of voorstadia van kanker dient een grotere nadruk te krijgen.

De opleiding van een adequaat aantal cytotechnici om de laboratoriumcapaciteit op peil te brengen is een zaak van urgentie. Het is evenzo belangrijk dat hun positie wordt geregeld teneinde hun een vaste betrekking aan te kunnen bieden en/of een mogelijkheid om op ander werk over te schakelen in het geval de eerste grote golf is verwerkt of andere methoden van onderzoek de cytologie vervangen.

De uitslagen met data dienen zodanig te worden geadministreerd, dat op regelmatige tijdstippen een overzicht over het programma mogelijk is en men verzekerd kan zijn van het functionneren van een feilloos oproepsysteem.

J. J. Rombach

Het lezen waard

In het boekje „Een zachte dood" (uitgeverij C. de Boer Jr., Hilversum, 1965, 126 bladzijden, prijs *f* 6,90) vertelt de schrijfster Simone de Beauvoir hoe haar achtenzeventigjarige moeder wegens een collum fractuur in een ziekenhuis moet worden opgenomen. Tijdens deze opneming wordt een coloncarcinoom gevonden, waarvoor zij wordt geopereerd. Ondanks alle medische bemoeienissen komt de patiënte toch te overlijden. Het medisch-ethische vraagstuk hoe lang de arts voor het leven van de patiënt moet blijven vechten wordt in dit korte verhaal besproken, maar — uiteraard — niet opgelost.

Boekbesprekingen

K. H. Brandt. Virushepatitis. De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde (4) Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., 1965; 74 bladzijden.

In dit vlot geschreven boekje bespreekt de schrijver op een heldere en overzichtelijke wijze, het ziektebeeld van de virushepatitis in al zijn facetten. Na een kort overzicht van de etiologie en de epidemiologie, waarbij vooral de verschillen tussen de hepatitis infectiosa en de serumhepatitis ter sprake komen, behandelt auteur het klinische beloop en de diagnostiek in de verschillende stadia. Hierbij wordt nader ingegaan op de bilirubinestofwisseling en de betekenis van het urine- en faecesonderzoek, de enzymbepalingen en de serumtroebelingsreacties. In aansluiting hierop worden de afwijkend verlopende vormen zoals de anicterische, de geprotaheerde en de cholestatische hepatitis alsmede de subacute en acute levernecrose beschreven.

In het hoofdstuk over de behandeling wordt vooral aandacht besteed aan het probleem van het mobilisatietijdstip. Schrijver meent dat strenge bedrust is geïndiceerd totdat de klinische toestand en de uitslag van het laboratoriumonderzoek op een klinisch en functioneel herstel wijzen. Vooral bij de oudere patiënten acht hij dit van stringent belang. Voorts adviseert hij om in een gezin met virushepatitis in elk geval de moeder gammaglobuline toe te dienen.

De therapeutische problemen bij de geprotaheerde hepatitis, het coma hepaticum en de chronische hepatitis met overgang naar de cirrose worden apart besproken.

Tot slot wordt nog in het kort aandacht besteed aan de lupoïde hepatitis en virushepatitis in de zwangerschap. Een literatuurlijst verwijst naar een aantal oorspronkelijke publikaties. Vanuit de tekst wordt helaas zelden naar oorspronkelijke literatuur verwezen.

Al met al een boekje dat aan de huisarts uitstekende informatie biedt en stellig kan worden aanbevolen.

C. R. P. Barneveld

Jim en Janet Frank Egleson: Ouders zonder partner. Een alpha-boek uitgegeven met steun van de N.V.S.H. door de Stichting Uitgeverij van deze vereniging, te 's-Gravenhage, 1965; 173 bladzijden, prijs f 8,90, voor leden van de N.V.S.H. f 7,25.

De auteurs verdiepen zich in dit boek in de problemen van alleenstaande ouders. Met name houden zij zich bezig met twee categorieën van deze groep: de gescheiden levende moeder en vader, en de bestorven moeder en vader; een derde groep, die van de ongehuwde moeder, komt niet aan bod. Het boek is ontstaan door de activiteiten van twee alleenstaande ouders in samenwerking met een ongetelde groep van lotgenoten en verscheidene deskundige adviseurs: kinderartsen, psychiaters, psychologen, maatschappelijk werksters, juristen en geestelijken. Dat de schrijvers zich van een dergelijke overvloedige en gevarieerde inbreng konden verzekeren is te danken aan het feit dat op typisch Amerikaanse wijze als een „social pressuregroup" in 1957 een vereniging voor alleenstaande ouders werd opgericht onder de klankvolle naam van „Parents without Partners" organisatie (P.W.P.).

Het resultaat van de ervaringen, opgedaan binnen deze P.W.P.-organisatie, is een soort van „spock" voor de alleenstaande ouder geworden. De auteurs hebben getracht een beschrijving te geven van de sociale, economische, maar vooral psychologische mechanismen die in werking treden wanneer door scheiding of sterfte een ouder alleen komt te staan: een soort handleiding voor „how to make the best out of the worst". Dat men daarbij zeer aan de oppervlakte is gebleven en hier en daar niet boven damesbladniveau uitkomt, waarborgt de toegankelijkheid voor een brede massa. Het boek moet daarom gezien worden als geschreven voor de gemiddelde alleenstaande ouder. Ook wanneer men dit geschrift als zodanig onder de loep neemt is er een groot bezwaar aan te voeren. Het verzuimt namelijk een duidelijk principieel onderscheid te maken tussen