

meer de vraagstelling niet exact was geformuleerd, de observatieperiode van te voren niet precies was vastgesteld, het proefonderzoek te kort was en de literatuurstudie niet aan het onderzoek was voorafgegaan.

Op het volgende zij hier nog gewezen. Onder de zeventien vragen waren „enkele vragen wat moeilijker, omdat zij de subjectieve indrukken van de arts betroffen, bijvoorbeeld de vraag „Was spoed gerechtvaardigd?” „Het begrip „gerechtvaardigd” werd in dit verband vrij ruim geïnterpreteerd”. Wij menen hier een fout in de opzet te signaleren, die mogelijk is onderschat. Het betreft de omschrijving van enkele begrippen, welke in het onderzoek werden gehanteerd, namelijk die van spoedboodschap en spoedgeval. Spoedgeval werd gedefinieerd als: „die gevallen . . . waarin spoedige geneeskundige hulp levensgevaar van de patiënt kan afdwenden of althans ernstige schade kan voorkomen”. Spoedboodschap werd omschreven als: „een boodschap die de arts zo dringend voorkomt — gezien zijn bekendheid met de patiënt en de omstandigheden — dat hij, gesteld dat deze boodschap tijdens het spreekuur zou komen, direct gevolg eraan zou geven.” „Rechtvaardiging” van de spoed werd niet alleen in „echte spoedgevallen” aangenomen, maar ook in die gevallen, waarin verlichting van pijn was gewenst en waarin de patiënt of zijn omgeving min of meer in paniek was.

Het in verband brengen van spoedboodschappen met spoedgevallen is blijkbaar — hoe tegenstrijdig dit moge klinken — een hachelijke zaak. Dit komt omdat de spoed-factor van een boodschap voorna-

melijk door de patiënt, respectievelijk diens omgeving wordt bepaald, terwijl het al dan niet voldoen van een bepaald ziektegeval aan de definitie spoedgeval uitsluitend door de arts wordt bepaald. Het is in dit verband dan ook irrelevant te onderzoeken of in geval van spoedboodschap de spoed „gerechtvaardigd” is. Men kan stellen: als de patiënt of diens omgeving in de boodschap duidelijk laat doorklinken dat men meent dat spoed nodig is, dan is er a fortiori sprake van een spoedboodschap. Iedere ervaren huisarts kan de ondervinding hebben dat de tolerantiedrempel ten aanzien van de factor spoed in zake ziektegevallen bij de bevolking heel verschillend is. De vraagstelling had dan ook moeten luiden: Betrof deze spoedboodschap een spoedgeval? Hierbij zij aangetekend dat de definitie van spoedgeval onzes inziens ten aanzien van hevige pijn en paniek diende te worden aangevuld.

Wij spreken de hoop uit dat „het groepje in en om Gouda” in het nieuwe seizoen de moed kan opbrengen dit ongetwijfeld interessante onderwerp opnieuw — met adequate begeleiding — aan te vatten en dit keer tot een goed einde te brengen. Het in 1956 door 21 Zwolse huisartsen verrichtte onderzoek naar morbiditeit en verrichtingspercentage bij avond- en nachtvisites moge tot voorbeeld strekken (*Hogerzeil*).

H.

Antvelink, J. G. (1968) huisarts en wetenschap 11, 302.

Doeleman, F. (1957) huisarts en wetenschap 1, 21.

Hogerzeil, H. H. W. (1957) huisarts en wetenschap 1, 25.

Een mislukt groepsonderzoek

DOOR J. G. ANTVELINK, HUISARTS TE SCHOONHOVEN

Wetenschappelijk onderzoek door huisartsen, het leek zo mooi en wij wilden er gaarne aan meedoen. Wij zouden ons meer en beter voelen en als huisarts zouden ook wij in de wereld der wetenschap iets kunnen gaan betekenen. Zo gaven wij ons op voor het grote verloskunde-onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.), voor het abortusonderzoek enzovoort. Maar toch, helemaal bevredigen deed het ons niet. Want wat deden wij eigenlijk anders dan materiaal aandragen dat door anderen werd bewerkt en verwerkt in hun dissertaties en andere publikaties? Wij wilden zelf wat doen.

Wij, dat is een deel van het groepje N.H.G.-leden in en om Gouda. Vanaf de oprichting van het N.H.G. kwamen wij maandelijks bijeen, wij hielden zelf een inleiding of een specialist werd gevraagd om te spreken. Het waren plezierige avonden met

Samenvatting. Beschreven wordt hoe in een N.H.G.-groep een onderzoek werd georganiseerd. Hoewel men meende dat het goed was opgezet, mislukte het onderzoek niettemin. Getracht wordt een aantal factoren aan te geven dat tot het mislukken heeft geleid. Tenslotte worden enkele resultaten van dit onderzoek — betreffende spoedboodschappen in de huisartspraktijk — vermeld.

een redelijk goede opkomst. Het gebodene op medisch gebied was goed en de gezelligheid groot zodat wij na afloop met het gevoel een goed beste avond te hebben gehad weer de polder introkken en in de beslommeringen van de dagelijkse praktijk doken. Het seizoen werd besloten met een entente met de dames en na de vakanties begonnen

wij in het najaar weer met nieuwe moed en boordevol plannen.

Steeds opnieuw kwam de vraag naar voren „Kunnen we zelf een onderzoekje op touw zetten?” Het groepje groeide, weliswaar gingen er een paar leden af, maar meer nieuwe leden kwamen erbij. Veel veranderde er niet. Het werd wat moeilijker specialisten voor een inleiding te vinden, „... Die hebben we al eens gehad”. Zelf een inleiding maken werd ook minder gemakkelijk, „... Er zit zoveel werk aan en de praktijk wordt drukker”. Een of twee keer werd een idee geopperd voor een groepsonderzoek, maar dit kwam nooit van de grond.

Een onderwerp dat altijd wel stof voor een discussie op een N.H.G.-avond oplevert is „De derde patiënt van dinsdag”, waarbij ieder vertelt over zijn aanpak van deze patiënt. In het voorjaar van 1966 werd in het programma een variant hierop vermeld, namelijk de bespreking van het laatst behandelde spoedgeval. Het werd een boeiende avond met een levendige discussie en iemand merkte op dat dit wel eens een geschikt onderwerp voor een groepsonderzoek zou kunnen zijn. Er waren wel enkele bezwaren, maar toch kon er wel wat in zitten. Het slot was dat de initiatiefnemer werd verzocht de zaak nog eens te bekijken en een plan op te stellen. Dit gebeurde en enige maanden later kwam hij met een uitgewerkt schema dat in de groep werd besproken en vervolgens door een kleine commissie nader werd bekeken.

In het bovenvermelde schema werd onderscheid gemaakt tussen spoedboodschappen en spoedgevallen. De spoedboodschappen zouden het onderwerp van het onderzoek worden. De eerste vragen betroffen de frequentie, de verdeling over de weekdays, welke plaats spoedboodschappen in de praktijkvoering innamen en dergelijke. Een tweede groep vragen betrof de aandoeningen die voor de patiënt aanleiding waren geweest met spoed hulp te vragen en tevens welke diagnostische en therapeutische consequenties een en ander voor de huisarts had gehad. De derde groep vragen diende meer inzicht te verschaffen over welke patiënten of groepen van patiënten de artsen, terecht of ten onrechte, roepen en welke psychologische of sociale factoren hierbij een rol kunnen spelen. Tenslotte zouden ook de artsen zelf bij het onderzoek moeten worden betrokken: Is de ene arts eerder geneigd een spoedgeval aan te nemen dan de andere en heeft dit iets te maken met zijn instelling of ervaring? Inderdaad een ambitieus programma!

Het onderzoek zou uit drie delen moeten bestaan. Ten eerste het bijeenbrengen van materiaal dat door alle leden van de groep moest gebeuren; ten tweede de literatuurstudie, die ook door alle leden kon worden verricht in die zin dat iedere deelnemer alles wat hij tegenkwam en dat van belang voor het onderzoek leek te zijn, zou signaleren; ten derde de bewerking van de verschillende

gegevens. Dit laatste zou het beste door een kleine commissie kunnen gebeuren. De werkwijze zou zijn dat iedere deelnemende arts de gegevens over zijn spoedboodschappen regelmatig zou insturen. Hiervoor werd een eenvoudige vragenlijst opgesteld, die zo was ingericht dat de meeste vragen door het aanstrepen van bepaalde antwoorden konden worden afgedaan. Enkele vragen waren wat moeilijker omdat zij de subjectieve indrukken van de arts betroffen, bijvoorbeeld de vraag „Was spoed gerechtvaardigd”? De bedoeling was dat na iedere maand de vragenlijsten met enkele gegevens over het totale aantal visite-aanvragen werden ingezonden. Ook indien er geen spoedboodschappen waren geweest moest dit worden gemeld. Op elke bijeenkomst van de groep zou dan de stand van zaken worden besproken. In het begin gebeurde dit inderdaad, maar later kwam dit wel eens in de verdrukking door de rest van het programma. Wanneer men door een of andere reden niet in staat was geweest om mee te doen, sloeg men eenvoudig een maand over.

Door de vakantieperiode en de intussen opgetreden moeilijkheden met de ziekenfondsen werd het februari 1967 voordat met een twee weken durend proefonderzoek kon worden begonnen. Naar aanleiding van de hierdoor verkregen gegevens werd de indeling van de formulieren nog iets veranderd. Tenslotte kon in mei, een jaar na het oppeppen van het plan, met het eigenlijke onderzoek worden begonnen. Bij het proefonderzoek werden door tien artsen 38 formulieren ingezonden, twee meldden dat zij in de betreffende periode geen spoedboodschappen hadden gehad en zes artsen lieten niets van zich horen. Daarna hield de stroom van formulieren echter op; er kwamen nog slechts af en toe en zeer ongeregeld enkele binnen, zodat er na een jaar nog maar in het totaal tachtig antwoorden waren ontvangen. Deze waren afkomstig uit twaalf praktijken.

Wat kan de oorzaak zijn geweest van het feit dat dit onderzoek, dat in het begin zo veelbelovend scheen, is doodgelopen? Verschillende auteurs hebben hun gedachten laten gaan over groepsonderzoeken door huisartsen. Door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) worden vijftien voorwaarden gesteld waaraan een groeps-onderzoek dient te voldoen (*Bos*). Het onderwerp moet liggen op het specifieke terrein dat de huisarts bestrijkt, het moet scherp worden gedefinieerd en van omvang beperkt gehouden, de observatieperiode moet niet te lang worden, het onderzoek mag niet te veel tijd van de deelnemers vergen, de vraagstelling moet nauwkeurig en schriftelijk tevoren worden vastgelegd, het verzamelen van gegevens moet met de praktijkvoering verenigbaar zijn en wat dies meer zij. *Hogerzeil* eist dat het onderzoek zinvol moet zijn en dat de deelnemers niet zelf de proefopstelling en de bewerking verzorgen. In de groep moet een goede verstandhouding bestaan. Tijdens het onderzoek

moeten de deelnemers niet in de gelegenheid worden gesteld onderling een waarderingsvergelijking te kunnen maken ten aanzien van de wijze waarop een ieder van hen de geneeskunst uitoefent. *Huygen* wijst erop dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen onderzoek over het functioneren van de huisarts en de huisartspraktijk enerzijds en anderzijds over de medische vraagstukken die het beste of uitsluitend in de huisartspraktijk kunnen worden bestudeerd. In de afgelopen jaren zijn over de praktijk van het groepswork vele onderzoekingen gedaan. *Vasbinder* beschrijft de moeilijkheden die bij groepsonderzoeken kunnen optreden; hij acht de beste manier om deze op te lossen de deelnemers voortdurend op de hoogte te houden van de gang van zaken. Ook wijst hij op het afnemen van de animo om aan groepsonderzoeken deel te nemen.

Ons onderzoek leek aan de eerder genoemde eisen te voldoen. Het betrof een specifiek huisartsenprobleem, het was op de dagelijkse praktijk afgestemd, het vergde niet veel tijd van de deelnemers, de vragenlijsten waren niet uitvoerig (in het totaal maar zeventien vragen), zij waren gemakkelijk in te vullen, de observatieperiode was wel niet exact vastgesteld maar deze zou toch niet veel langer dan enkele maanden behoeven te duren. De vraagstelling was weliswaar niet schriftelijk vastgelegd, maar in vele onderlinge gesprekken toch duidelijk genoeg gespecificeerd. De oorzaken van het mislukken lijken niet te zijn gelegen in de aard en opzet van het onderzoek; zij zullen elders moeten worden gezocht en wel in de groep zelf.

Misschien was het verlangen om een onderzoek te doen toch niet zo groot als uit het eerste enthousiasme bleek. Hierbij kan ook de door *Vasbinder* gesignaleerde „moeheid” om aan dergelijke onderzoeken mede te doen een rol spelen. Misschien was de tijd van voorbereiding te lang. De ervaring bij alle grote groepsonderzoeken heeft geleerd, dat van de oorspronkelijke deelnemers een vrij groot percentage afvalt, terwijl zij toch een geselecteerde groep vormen van mensen die „er wel wat in zien”. Is het aantal deelnemers groot dan komt toch nog een bewerkbare hoeveelheid gegevens binnen. Onze groep was te klein om een aantal afvallers te kunnen hebben. Anderzijds kan ook in een kleine groep goed worden gewerkt wanneer er een goede samenwerking en solidariteit bestaat (vergelijk Alphen). Mogelijk was daarvoor onze groep echter weer te groot (achttien man) en (daardoor?) te weinig solidair. Reeds in het begin stonden enkele leden sceptisch tegenover het plan en er bestond twijfel of iedereen zou meewerken. Een belangrijke factor zou ook kunnen zijn geweest het feit dat de leiders van het onderzoek niet erin zijn geslaagd hun enthousiasme steeds voldoende op de groep over te dragen. Misschien wat gedeprimeerd door de onvoldoende medewerking kwamen zij niet ertoe steeds weer persoonlijk de deelnemers aan te sporen hun gegevens in te zen-

den. Ook zag niet iedereen in dat het zelf meedoen aan een onderzoek vooral voor hemzelf van belang was en dat zijn inzicht, ook op ander gebied, op deze wijze kan worden verrijkt. Bij de besprekingen waren de meeste tegenwerpingen „Ik zie er het nut niet van in” en „Ik kan er niets mee doen in mijn praktijk”. Ook kan de aard van het onderwerp van belang zijn geweest. De meeste artsen ervaren de inbreuk die door spoedboodschappen in de dagelijkse routine wordt gemaakt, als onaangenaam (*Buma*).

Geheel en al zonder resultaten is het onderzoek tenslotte toch niet geweest. Hier volgen enkele indrukken en „voorzichtige” conclusies. Er waren dus tachtig — sommige niet helemaal ingevulde — formulieren. Er werd een scherp onderscheid gemaakt tussen „spoedboodschappen” en „spoedgevallen”. Onder spoedgevallen dient men die gevallen te verstaan waarin spoedige geneeskundige hulp levensgevaar voor de patiënt kan afdwenden of althans ernstige schade kan voorkomen. Als definitie voor de spoedboodschappen werd vastgesteld een boodschap die de arts zo dringend voorkomt — gezien zijn bekendheid met de patiënt en de omstandigheden — dat hij, gesteld dat deze boodschap tijdens het spreekuur zou komen, direct gevolg eraan zou geven.

Uiteraard betreffen spoedboodschappen niet steeds spoedgevallen. Een belangrijke vraag van het formulier was dan ook: „Was spoed gerechtvaardigd?” Deze vraag werd 26-maal met neen, 52-maal met ja en tweemaal niet beantwoord. Dus in een derde gedeelte van de spoedboodschappen had de arts zich niet zo behoeven te haasten. Het begrip „gerechtvaardigd” werd in dit verband vrij ruim geïnterpreteerd: niet alleen echte spoedgevallen vielen hieronder, maar ook die gevallen waarin verlichting van hevige pijn was gewenst en waarin de patiënt of zijn omgeving min of meer in paniek was. Op 36 formulieren was de noodzaak nader gedifferentieerd en wel als volgt: viermaal was er sprake van *periculum in mora*, veertienmaal was directe palliatie gewenst, achtmaal bestond er gevaar van verergering van de bestaande toestand, vijfmaal werd paniekstemming als reden voor de noodzaak opgegeven en vijfmaal een andere reden. Er waren dus twaalf echte „spoedgevallen” en vrijwel even vaak was pijnstilling een reden om spoed gerechtvaardigd te achten. De vier gevallen waarin *periculum in mora* bestond betroffen: plotseling en onverwacht succumben van een 81-jarige diabetica; een ongeval waarbij een kind een ernstige commotio, mogelijk een intracranieel letsel opliep; een ongeval waarbij een 75-jarige man een gecompliceerde femurfractuur kreeg en in shock kwam; een hartinfarct bij een 65-jarige man, die tijdens het vervoer naar het ziekenhuis overleed.

Wat de verdeling over de week betreft, deze was vrij regelmatig, met een top op de vrijdag. De verdeling over het etmaal liet weinig opvallends

zien, de curve vertoonde 's morgens tussen negen en tien uur en 's middags tussen vijftien en zestien uur een kleine top. Van de 50 keer dat de boodschap door de arts zelf was aangenomen bleek zestienmaal de spoed niet gerechtvaardigd; van de 26 keer dat zijn vrouw of zijn praktijkassistente de boodschap aannam was dit zevenmaal het geval. Het ziet er dus naar uit dat een goede praktijkassistente of een geroutineerde echtgenote even goed of beter in staat is dringende boodschappen te onderkennen als de arts zelf.

Op een enkele uitzondering na was de arts binnen tien minuten ter plaatse. De te kleine aantallen maken het onmogelijk iets zinnigs te zeggen over bijvoorbeeld de vraag of fondspatiënten vaker onnodig met spoed roepen dan zij die niet in een ziekenfonds zijn ingeschreven en nog minder over de vraag of sommige sociale groepen meer of minder onnodig met spoed roepen dan andere.

De spoedboodschappen betroffen twintig onge-

vallen en negenmaal een partus. De overige 51 waren als volgt verdeeld: acute hartstoornissen (12); acute pijnen (17); convulsies, syncope's en dergelijke (8); bloedingen — epistaxis, abortus — (3); acute dyspnoe — astma, pseudocroup — (6); diversen (5).

Summary. A group study which failed. A description is given of the organization of a study in a local group of the Dutch College of General Practitioners. Although the design was believed to be correct, the study nevertheless failed. An attempt is made to indicate a number of factors which have led to the failure. Mention is made of a few of the results of this study, concerning urgent messages in general practice.

Bos, G. J. (1960) huisarts en wetenschap 3, 153.

Buma, J. T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Ned. Inst. Praev. Geneesk. Leiden, 1959.

Hogerzeil, H. H. W. (1957) huisarts en wetenschap 1, 25; (1958) *Ibidem* 2, 39.

Huygen, F. J. A. (1967), huisarts en wetenschap 10, 82.

Vasbinder, W. (1967) huisarts en wetenschap 10, 131.

Diagnostiek en behandeling van hypertensie*

DOOR DR. M. KOSTER, INTERNIST

Inleiding. Alvorens de diagnostiek van hypertensie te bespreken is het van belang enige algemene opmerkingen te maken, in de eerste plaats over de bloeddrukmeter. In het algemeen zal dit de kwikbloeddrukmeter volgens Riva-Rocci zijn. De kleinere en daardoor gemakkelijker mede te nemen veermanometers moeten frequent worden geijkt, daar deze nogal eens „verlopen”. Ook bij de kwikmeters dient men echter op enkele punten te letten, namelijk: de kwikkolom moet bij lege manchet op nul staan en wanneer de kwikkolom bovenaan staat en men de druk in de manchet abrupt laat zakken, dan moet de kwikkolom binnen twee seconden weer op nul staan. Indien dit langzamer geschiedt is de glaszuil vuil, hetgeen tot foutieve waarnemingen kan leiden. Ook een lekkend ventiel kan tot het maken van fouten aanleiding geven.

In de tweede plaats is van groot belang te weten welke voorzorgsmaatregelen in acht dienen te worden genomen teneinde in staat te zijn een zo juist mogelijke meting te verrichten. Deze zijn de volgende.

De manchet moet twee vingerbreedten boven de elleboogsplooi stevig, doch ook niet te stevig rond de blote bovenarm worden aangebracht. Er mogen zich geen knellende kledingsstukken om de rest van de bovenarm bevinden.

* Naar een voordracht, gehouden tijdens de nascholingscursus voor huisartsen 1965-1966 in de Universiteitskliniek voor Cardiologie, Wilhelmina-Gasthuis, Amsterdam (hoofd Prof. Dr. D. Durrer).

De breedte van de manchet dient enigszins aan de dikte van de arm te zijn aangepast. Bij kinderen gebruike men een smalle manchet (10 cm), bij patiënten met zeer dikke armen moet een extra brede en lange manchet worden gebruikt (14 cm). Men vindt anders bij deze patiënten belangrijk te hoge waarden.

De druk in de manchet wordt ruim boven de systolische druk (tevoren palpatoir bepaald) gebracht, waarna men de kwikkolom langzaam (maximaal twee mm per polsslag!) laat zakken. Cave de „systolic gap”.

Men kan de systolische druk in het algemeen scherp aangeven. De diastolische druk is minder scherp gedefinieerd. Wij menen echter, na vergelijking met de intra-arteriële drukmeting, dat het plotseling zachter worden van de tonen de juiste waarde van de diastolische druk het beste benadert.

Een op bovenstaande wijze gemeten bloeddruk wordt als te hoog beschouwd indien de systolische druk boven 150 tot 155 mm Hg ligt en de diastolische boven 90 mm Hg.

Het is een bekend feit dat de bloeddruk grote variaties kan vertonen en dat het speciaal emotionele invloeden zijn die de tensie belangrijk kunnen doen stijgen. In hoeverre deze soort bloeddrukstijgingen een hypertensie kunnen voorspellen en zelfs de vraag in hoeverre zij op zichzelf schadelijk kunnen zijn, is een onderwerp van uitge-