

Wanneer het resultaat van dit onderzoek bekend is, gaat men opnieuw na of een conclusie kan worden getrokken. Is dit niet het geval dan wordt het onderzoek op dezelfde wijze voortgezet. Het essentiële van deze wijze van werken is dus, dat pas nadat de gegevens van een patiënt of een paar patiënten beschikbaar zijn gekomen wordt nagegaan of verder onderzoek nog noodzakelijk is.

Hoewel van te voren is vastgesteld welke P-waarde men voor de zekerheid waarmee de conclusie kan worden getrokken aanvaardt, kunnen in de praktijk onverwachte uitkomsten het noodzakelijk maken de P-waarde te herzien. Juist bij de sequentiële techniek kan van patiënt tot patiënt het onderzoek worden vervolgd.

In de praktijk blijkt dat deze wijze van werken in de omstandigheden waarin een en ander mag worden toegepast — en dat kan primair de statisticus beoordelen — met zich brengt dat voor een proef gemiddeld dertig procent patiënten minder nodig is dan bij toepassing van andere methoden.

De meeste onderzoeken op het gebied van de therapeutische waardeschatting eisen een intensieve voorbereiding en een grote krachtsinspanning. Wanneer een onderzoek goed is gedaan, zal een andere onderzoeker niet zo gauw ertoe komen het onderzoek te herhalen. Een foutieve uitspraak — $P = 0,05$ betekent dat gemiddeld één van de twintig uitspraken foutief is — zal dus niet zo ge-

makkelijk worden gecorrigeerd. Een $P = 0,001$ betekent een veel zekerder uitspraak, maar dan moet een groter aantal patiënten worden onderzocht. Dit heeft tengevolge dat meer patiënten in de onderzoeksperiode niet optimaal worden behandeld of zelfs overlijden.

Wanneer men de kenmerken van het ultra moderne geneesmiddelenonderzoek samenvat dan zijn deze de volgende.

1 Reeds in een zo vroeg mogelijke fase in het dierexperiment wordt gezocht naar methoden om een inzicht te verkrijgen in opneming, verdeling, omzetting en uitscheiding van de desbetreffende stof.

2 Voordat subacute, subchronische en chronische toxiciteitsproeven worden uitgevoerd wordt nagegaan of opneming, omzetting en uitscheiding bij de voor het onderzoek bedoelde dieren analogieën vertonen met hetgeen bij de mens gebeurt.

3 Dierproeven die geen voorspellende waarde hebben voor de mens worden niet gedaan.

4 Therapeutische waardeschatting bij de mens geschiedt op de grondslagen van het natuurwetenschappelijke onderzoek; het wordt volgens statistische normen opgezet, uitgewerkt en geïnterpreteerd.

5 De waarde van uitspraken wordt bepaald door de kwaliteit van het onderzoek op grond waarvan zij werden gedaan, niet door de kwaliteit van de onderzoeker.

Uit de praktijk van een huisarts: Ervaringen van een waarnemer

DOOR J. KOOPMAN, ARTS

Waarom is in dit tijdschrift nooit iets geschreven over observaties door of ervaringen van een waarnemer in de huispraktijk? Natuurlijk zou men kunnen stellen dat de waarnemer eigenlijk geen huisarts is en wetenschappelijkheid meestal niet zijn sterkste zijde is. Maar vrijwel iedere huisarts heeft waarnemerservaring en in vrijwel elke praktijk, die wat langer bestaat is een waarnemer geweest door ziekte of vakantie van de betreffende huisarts.

De waarnemer is een soort half-eigen huisarts. Hij kan slechts functioneren per gratie van degene voor wie hij waarneemt. Belt hij ergens aan, dan wordt hij pas huisarts voor wie hem de deur opent door de naam te noemen van degene die hij vervangt. Dan pas krijgt hij de voorrechten en het vertrouwen die daarbij behoren. Dan komen ook de confidenties en de openheid: „Dokter moet weten, dat . . .”

Blijkbaar leeft de rol van de huisarts bij de patiënten zo duidelijk, dat hij — tijdelijk — gemakkelijk is over te dragen. Men wordt aanvaard in

plaats van de ander. Het is dan ook van veel belang om — met behoud van eigen aard — zo goed mogelijk diens behandelingspatroon aan te houden. Want de verwachting van de patiënt is daarop afgesteld: „Dokter meet altijd de bloeddruk op . . .”

In deze praktijk stond ook overal een waskom met water, een nieuw stuk zeep en een schone handdoek klaar. Ook als de kraan nabij was. Want men weet hoe het hoort bij het bezoek van de dokter: de spelregels van het bezoek van de huisarts liggen vast. Zo vervult de waarnemer tegen een on-eigen achtergrond de rol van een ander, de huisarts.

Wat treft zijn oog? In de eerste plaats de entourage. Aan de stadsarts valt het op dat in de dorpspraktijk de eigenlijke huisingang achterom is. De voordeur had vaak zelfs niet eens een bel. De bewoners, minder gefrustreerd door bouw- en woningtoezicht, hadden duidelijk hun merktekens gezet op het eigen terrein, door heggen, muurtjes, goed bewerkte tuintjes en zelf aangebouwde serres. Lelijk misschien, maar een aardser en meer

leefbaar woonmilieu dan een flat-in-de-lucht-met-groenstroken.

De waarnemer krijgt ook een goede blik op de continuïteit in de taak van zijn collega en de 24-uurs verantwoordelijkheid van de huisarts. In hoeverre doet hij hetzelfde werk als de eigen dokter? De drempel van ongerustheid bij een contactaanvraag met een vreemde dokter zal wellicht hoger zijn, maar anderzijds is men juist door de afwezigheid van de eigen arts mogelijk eerder ongerust.

Overweegt men wat men eigenlijk doet, dan bieden vooral de visites interessante aspecten. Wij hebben getracht bij alle visites de motiveringen van de zijde van de patiënt en van de kant van de arts na te gaan. Dat kon: een waarnemer, zonder gezin en verplichtingen heeft meer tijd.

Wat doet men als huisarts? Men diagnostiseert en geneest. De patiënt roept in dergelijke gevallen met objectieve verschijnselen (koorts, tonsillitis, distorsie, wond).

Men stelt gerust. Soms de patiënt, vaker de omgeving: de moeder van een kind, de dochter van een bejaarde. Dit is een belangrijke functie van de huisarts: die van deskundig „constateur”. Zonder dat actieve therapie nodig behoef te zijn. Hij is een bereikbaar veiligheidsinstrument in subjectief als „gevaarlijk” beleefde situaties. Dichterbij dan het ziekenhuis en vertrouwd: „Ik heb u maar even geroepen, want ik was er niet gerust op.” „Kunt u even naar de kleine komen kijken.” „Kan het kwaad, dat.” Als excuus voor eigen angsten zijn deze vragen vaak begeleid door het woord „even”. Heel vaak is de „patiënt” zelf al minst ongerust of ziek, soms is hij zelfs verbaasd over de komst van de dokter. Men is ongerust als „moeder”, als „zoon”, als betrokkene bij een eventuele ziekte van een ander. Deze acute hulpbehoefte vindt zijn longitudinale pendant in de begeleidende taak van de huisarts bij de chronische patiënt, die elementen van de beide vormen taken in zich draagt.

Als begeleider — lang niet alleen van zieken, maar ook van ouderen of steunbehoefenden — inspecteert de huisarts periodiek de patiënt om te weten of er veranderingen zijn in diens gezondheidstoestand. Voor de patiënt hebben deze bezoeken echter vaak duidelijk een sociale betekenis. Men weet dat men tot een bepaalde categorie behoort (bejaarde, chronisch zieke) en daarbij hoort het periodieke contact met de dokter. Immers, zoals de dochter van zulk een bejaarde het uitdrukte: „De dokter hoort bij de ziekte”. Deze bezoeken hebben meestal een vrij duidelijke structuring, die soms tamelijk los staat van de eigenlijke kwaal. De verwachting van de patiënt en zijn omgeving is, dat de dokter gaat zitten, vraagt hoe het gaat, vaak, dat hij de bloeddruk opmeet, daarna zijn handen wast en een uitspraak doet. Ook behoorde in dit dorp tot het ritueel dat hem een

sigaar werd aangeboden. Ook als hij eigenlijk geen sigaren rookt!

Bij twee octogenaire dametjes, beiden zo verstijfd door arthrosis, dat zij zich alleen nog schuifelend konden voortbewegen, moest tijdens het routinebezoek bij een van hen de — altijd normale — tensie worden gemeten. Dat de dokter haar *ulcus cruris* ontblootte en bekeek, de gewrichten op beweeglijkheid inspecteerde of naar het andere oudje keek, vond zij eigenlijk niet nodig. Aldus was het patroon gegroeid en moest tot tevredenheid worden uitgevoerd. Zulk een bezoek is een aspect van een welverzorgd bejaardenbestaan. Zijn wij huisartsen ons eigenlijk wel bewust welk een belangrijk deel van ons werk deze medisch-sociale functie is? Hoeveel zekerheid en satisfactie wij hiermee verschaffen aan de patiënt en zijn omgeving? Weten wij hoe groot dit aandeel in ons werk is?

Het onderstaande lijstje van visites is geordend naar de motiveringen en verwachtingen van de kant van de patiënten. Het is ingedeeld naar eerste visites en vervolgisites. De vervolgisites vonden deels plaats als consequentie van de eerste visites, ten dele waren zij reeds door de eigen huisarts vastgesteld (voornamelijk bij bejaarden en chronische patiënten) en stamden dus uit diens praktijkroutine.

Onder „D” zijn die visites opgenomen waarbij de patiënt — of zijn naaste omgeving — wilde weten wat de ziekte was, of gevaar dachtte van bepaalde verschijnselen. Bij „Th” was niet zozeer de diagnostiek de reden van het bezoek — men wist de oorzaak wel — alswel een behoefte aan therapie. Uiteraard kwamen beide motiveringen vaak gecombineerd voor. „S.P.” geeft aan dat de patiënt meer om een sociale dan om een medische reden een bezoek wenste of verwachtte. Al was hij zich dit zelf vaak niet zo duidelijk bewust. Bij „O” waren de motiveringen van het bezoek niet bij de patiënt, maar overtuigend in zijn omgeving gelegen. Ter verduidelijking hiervan moge een laat avondbezoek bij een hoog bejaarde dienen, waarbij een dochter mij zei: „We weten wel dat u er toch niets aan kunt doen, want hij is zo oud, maar hij deed zo raar en dan wil je er toch een dokter bij”. Het oude baasje zelf had duidelijk geen enkele behoefte aan een bezoek. Tot deze categorie behoren vaak de bezoeken aan bejaarden, stervenden, carcinoom-patiënten en kinderen met ongeruste moeders.

Het aantal visites, gemaakt in deze waarneming (elf werkdagen en vijf weekend- en feestdagen) was 153.

	Aantal	D.	Th.	S.P.	O.	C.
Eerste visites	50	41	36	4	7	—
Vervolgisites	103	7	6	27	15	61
Totaal	153	48	42	31	22	61

Bij de vervolgisites is hieraan nog toegevoegd

de rubriek „C”, waarbij niet de motivering van de patiënt, maar de behoefte van de arts tot controle van het ziekte- of verouderingsproces in belangrijke mate tot het maken van de visite bijdroeg.

De motiveringen van de patiënten en hun omgeving zijn telkens zo goed mogelijk uit hun uitlatingen afgeleid. Voorbeelden daarvan zijn: „Bij een zieke hoort toch een dokter” (bejaarde). „Hij is er niet ziek van en bij de burens is rode hond, maar ik dacht, ik zal toch maar even roepen” (moeder van een kind met vlekjes). „Moeder ademde zo raar. Ik weet wel dat ze doodgaat en dat u er niets meer aan kan doen, maar als dat gebeurt heb ik er liever een dokter bij. Da's toch beter” (dochter van carcinoom-patiënt). „Ik dacht wel dat het gewoon griep was, maar nu ben ik toch gerust”. Iedere huisarts kan deze lijst ad libi-

tum aanvullen.

Men ziet dat bij de eerste visites, het verlangen naar diagnostiek en therapie centraal staat. Bij de vervolgisites (bij kortdurende en bij chronische ziekten) is van de kant van de arts controle inzake het ziekteverloop meestal de reden tot bezoek, maar de patiënt en zijn omgeving bleek frequent als motivering te voelen: „De dokter hoort erbij”: 42 (!) van de 103 bezoeken, zonder dat van enige medische „nood” sprake was.

Ligt hier het grote verschil in visite/consult ratio dat buitenlandse bezoekers altijd in Nederland opvalt? Mogelijk zal in een stadspraktijk deze (alleen casuïstisch interessante) verhouding anders liggen en zal het gedragspatroon van de arts zelf van invloed zijn. Maar of men er „onbelangrijk” werk mee doet? Een ieder ga hierover met zichzelf te rade!

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

68-28. Investigation of deaths from pulmonary, coronary, and cerebral thrombosis and embolism in women of child-bearing age. *Inman, W. H. W. en M. P. Vessey (1968) Brit. med. J. II, 193-199.*

Bij de Food and Drug Administration (U.S.A.) kwamen in 1963 ongeveer 350 rapporten binnen over trombose of embolie bij vrouwen die Enovid gebruikten. Aangezien toen nog geen gegevens bestonden over de frequentie van deze aandoeningen bij vrouwen die geen orale anticonceptiva gebruikten, begon genoemde organisatie aandacht te wijden aan rapporten over dodelijk verlopen gevallen. De mortaliteit na trombo-embolische aandoeningen bij gebruiksters van orale anticonceptiva werd naderhand berekend op 12,1 per miljoen vrouwen per jaar, vergeleken met 8,4 voor de gemiddelde bevolking. Dit verschil werd als niet statistisch significant beschouwd. In 1966 wees de Food and Drug Administration erop, dat 85 dodelijke gevallen na „idiopathische” trombo-embolieën in 1965 konden worden verwacht op basis van de nationale mortaliteitsstatistiek, mede gezien het gebruik van de pil door naar schatting vijf miljoen vrouwen. In feite werden slechts 13 van dergelijke gevallen bij de organisatie aangegeven. Verondersteld werd dat er bij de Amerikaanse artsen in toenemende mate vrees bestond gerechtelijk te worden aangesproken wanneer ongewenste reacties optraden bij bepaalde medicaties. In hetzelfde jaar werden bij het Committee on Safety of Drugs (Brits) 19 sterfgevallen tengevolge van trombo-embolieën aangegeven bij een populatie van 400.000 vrouwen die orale anticonceptiva gebruikten. Tien van deze negentien vrouwen hadden geen predisponerende afwijkingen.

Om een zuiverder beeld van deze materie te verkrijgen heeft het Committee on Safety of Drugs een nauwkeurig onderzoek ingesteld naar alle sterfgevallen in 1966 ten gevolge van trombose of embolieën bij vrouwen in de geslachtsrijpe periode in Engeland, Wales en Noord-Ierland. 499 protocollen handelende over trombose of embolieën in longen, hersenen, coronaire vaten of elders werden nader bestudeerd. Om verschillende redenen, die nader worden uiteengezet, bleven 334 sterfgevallen over, die de basis van het onderzoek vormden; 95 betroffen pulmonale trombosen of embolieën, 209 coronairtrombose of myocardinfectie en 30 cerebrale trombosen of embolieën. 35 medische stafleden van genoemde organisatie hebben zich aan deze omvang-

rijke studie gewijd. De belangrijkste informatiebronnen waren de ziekenhuisstatus, de kaarten van de Family Planning Clinics, sectieverslagen en de stukken van de gerechtelijke lijkschouwer. Om tactische redenen werden geen inlichtingen ingewonnen bij familieleden.

De enquêteurs richtten hun aandacht vooral op de volgende punten: leeftijd en huwelijks staat; obstetrische, gynaecologische, medische en familieanamnese en terminale ziekte en post-mortem-bevindingen. Verder werd geïnformeerd naar het gebruik van medicamenten, waaronder orale anticonceptiva, bij het begin of op enig tijdstip in de periode van zes maanden voorafgaande aan de terminale ziekte. Tevens werden uit de praktijk van de huisarts van de overleden vrouw drie tot vier vrouwen als controle genomen, die wat leeftijd, huwelijks staat en pariteit betreft zoveel mogelijk met de overledene overeenkwamen. Het gebruik van orale anticonceptiva bij deze controles werd nagegaan.

Als predisponerende momenten voor trombo-embolieën werden beschouwd: langdurige immobiliteit, recente operatie, hypertensie en diabetes mellitus. Aldus werden alle gevallen in drie groepen gerubriceerd: Groep A: patiënten zonder predisponerende momenten; Groep B: patiënten met predisponerende momenten, die niet zwanger of in het puerperium waren; Groep C: patiënten die zwanger waren of die niet langer dan een maand voor het begin der ziekte waren bevallen.

Vijfentwintig sterfgevallen betroffen vrouwen in de graviditeit of het puerperium (groep C) en werden verder buiten beschouwing gelaten. Van de 309 overgebleven dodelijke gevallen bleken 77 aan longembolie te zijn gesuccombeerd. Van hen behoorden 26 tot groep A. Slechts bij één patiënt werd geen sectie verricht; 16 van deze patiënten gebruikten orale anticonceptiva bij het begin der ziekte. Het overeenkomende getal voor de controles bedroeg slechts 4,2. Deze grote discrepantie in het gebruik van orale anticonceptiva wordt als sterk statistisch significant aange-merkt. Eenenvijftig patiënten behoorden tot groep B. Van deze gebruikten negen patiënten de pil. Het overeenkomende aantal bij de controles was 6,8, hetgeen niet significant verschilt.

Aan coronaire trombose gingen 205 vrouwen ten gronde. In groep A bevonden zich 89 patiënten. Van 5 hunner was