

de in dit nummer Gaymans een helder geschreven, uitvoerig geïllustreerd en instructief artikel. Zij die na lezing direct aan de gang willen gaan, vinden in de rubriek Berichten een aankondiging betreffende enkele cursussen, die binnenkort worden gehouden.

*Pro Memorie.* Onder dit nieuwe rubriek-hoofdeje vraagt de redactiecommissie een ogenblik aandacht van de lezer voor woorden en termen welke min of meer recent in de medische terminologie werden geïntroduceerd en waarvan wordt aangenomen dat de betekenis niet zonder meer voor iedereen duidelijk is of waarvan mag worden verondersteld dat een „opfrissertje” nuttig is. Men komt deze termen tegen in brieven van specialisten of in tijdschriftartikelen; veelal zoekt men ze tevergeefs in een geneeskundig woordenboek.

Voorts stellen wij ons voor in deze rubriek afkortingen te memoreren, die op enigerlei wijze de lezer ervan in het ongewisse lieten. Omdat afkor-

tingen vaak problemen geven, wordt in dit tijdschrift nimmer een woord of een reeks woorden afgekort. Wij ontvingen eens een in voortreffelijk Nederlands gesteld verslag betreffende het verblijf van een patiënt op de neurologische afdeling van een der ziekenhuizen. De brief liet zich lezen als een kort verhaal; slechts het slot geleeke een aanschakeling van drukfouten: „Wij stelden de diagnose op een t.i.a.” . . .

De redactiecommissie nodigt hierbij de lezers gaarne uit suggesties voor dit rubriekje te sturen aan het redactiesecretariaat van huisarts en wetenschap, Lomanlaan 103 te Utrecht.

H.

Beus, Ch. H. de. Elektrocardiografie in een huisartspraktijk. Academisch proefschrift, 1969.

Jongh, T. P. de, S. G. Martijn en P. D. C. Reefman. (1970) huisarts en wetenschap 13, 102-105.

Lorimer, A. R. en J. A. Kennedy. (1968) Scot. med. J. 13, 223-225.

Meijler, F. L. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 19-21.

## Het Nederlands Huisartsen Instituut op eigen benen

DOOR J. C. OEBERIUS KAPTEYN

De huisartsen, die zich realiseerden, dat de — nog nimmer goed omschreven — wetenschappelijke inhoud der huisartsgeneeskunde hoognodig diende te worden geëxploreerd, wilde deze een soort-specifieke eigenheid behouden en zich ontwikkelen tegen de achtergrond der snelle specialistisch-geneeskundige en maatschappelijke evolutie, verenigden zich in 1956 met dit doel in het Nederlands Huisartsen Genootschap, een wetenschappelijke vereniging met een sterk ideëel „movement”-karakter.

Er werden vier hoofdwegen uitgezet, waarlangs de praktische uitvoering van het gestelde ideaal kon plaatsvinden, wetenschappelijk onderzoek, nascholing, praktijkvoering en medische psychologie. Voor elk van deze gebieden werd een adviescommissie van gelijkkluidende naam geïnstalleerd.

Al spoedig kwam men tot het inzicht dat op diverse terreinen de enthousiast in de vrije uren verrichte arbeid door de „werkende leden” aangevuld en uitgediept diende te worden door full-time krachten met behulp van administratieve en technische faciliteiten. De behoefte aan een huisartseninstituut was geboren. Het bestuur beijverde zich de benodigde gelden bijeen te brengen en vond één der toenmalige bestuursleden, Dr. J. C. van Es, bereid zich als directeur van een dergelijk instituut in te zetten.

De financiële grondslag werd gevormd door een forse subsidie van 95 procent der benodigde gelden door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De farmaceutische industrie zegde voor

vijf jaren een jaarlijkse bijdrage toe, terwijl zowel het Genootschap als de N.H.G.-leden individueel een jaarlijkse bijdrage leverden. In het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht vond het NHI voorlopig gastvrijheid bij Prof. Hornstra tot het in 1965 het pand aan de Mariahoek 4 te Utrecht kon betrekken. Op 22 april 1965 werd het Nederlands Huisartsen-Instituut door H.K.H. prinses Beatrix officieel geopend. Met hoeveel vaart en allure directeur, staf en medewerkers het NHI van de grond tilden, moge blijken uit de in de afgelopen jaren gepubliceerde uitvoerige jaarverslagen.

In de Statuten van de Stichting tot Bevordering der Huisartsgeneeskunde, welke naam werd gekozen voor de Stichting, die noodzakelijk in het leven diende te worden geroepen om het NHI te exploiteren, werd — uitgaande van de identieke ideële doelstelling van het Genootschap — de kortsluiting gemaakt om het gehele NHG-bestuur tevens als Stichtingsbestuur te installeren. Al spoedig zou blijken tot welk een bron van onduidelikheden deze structuur aanleiding zou zijn.

Wat was namelijk het geval? Op *initiatief* van het N.H.G. was een huisartseninstituut tot stand gekomen, dat een *eigen zelfstandigheid* diende te hebben, dus niet in dienst van het Genootschap met zijn grote adviescommissies was, wèl ten dienste stond aan de Nederlandse huisartsen. Dit kwam heel duidelijk tot uiting in de financiële steun, zoals boven beschreven. De reciproke onmisbaarheid van NHG en NHI diende te berusten op een vrij-

willige samenwerkingsbehoefte beiderzijds, niet op een dienstverband. De werkers in het Instituut moesten — uiteraard begeleid door de directie — eigen initiatieven kunnen ontwikkelen, daarin niet geremd door goed- of afkeurende beoordelingen der op hun terrein werkzame adviescommissies, echter wel met erkenning van de noodzakelijkheid van intensief onderling overleg.

Een tweede bron van onduidelijkheden ontstond toen de activiteiten van het NHG hun weerklink kregen bij de universiteiten. Als eerste opende de Rijksuniversiteit te Utrecht de rij met de benoeming van een huisarts-hoogleraar, welke eer Van Es — directeur van het NHI — te beurt viel. Maar wat is een professor zonder arbeidsterrein, laboratorium of kliniek? En dus werd een Utrechts huisartseninstituut (UHI) geschapen waarvan prof. Van Es hoofd, c.q. directeur werd.

Vele vervlechtingen van personeel en werk van NHI en UHI onder de personele unie van dezelfde directeur gaven eensdeels een duidelijke positieve impuls aan de uitvoering der gestelde taken, doch veroorzaakten vooral bij het — met het NHG-bestuur identieke — Stichtingsbestuur zoveel misverstanden en rol-misinterpretaties, dat dit bestuur besloot tot geleidelijke ontrafeling der institutionele kluwen met het doel te komen tot twee aparte instituten met weliswaar eigen directies, doch een intensieve samenwerking.

Dat bij het effectueren van het besluit het mes diep in de scheef gegroeide structuur moest worden gezet, was een ontwikkeling in het bestuurlijk denken, die uiteraard slechts langzaam tot stand kon komen. Behalve de geleidelijke scheiding der twee huisartseninstituten besloot het Stichtingsbestuur dan ook, dat voor een onafhankelijk functioneren van het NHI ook een geheel nieuw Stichtingsbestuur diende te komen, met een duidelijke NHG-signatuur, maar niettemin bestuurlijk los van het NHG.

De samenstelling van het nieuwe stichtingsbestuur werd mede beïnvloed door de toenadering tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en het NHG gedurende de laatste jaren. Stond de LHV als behartiger der huisartsenbelangen eerst wat onwennig tegenover de spontaan uit haar midden geboren wetenschappelijke vereniging van beroepsgenoten, die zich ten aanzien van het ideële aspect — de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde — geheel zelfstandig opstelden, in de loop der jaren ontstond een groeiende behoefte aan samenwerking.

De werkterreinen bakenden zich zodanig af, dat het NHG zich bezig hield met de ontwikkeling en het wetenschappelijk onderzoek van de huisartsgeneeskunde, terwijl de LHV de zorg op zich nam het voor de huisarts mogelijk te maken deze ontwikkelingen in zijn praktijk toe te passen.

Was het in eerste opzet reeds de bedoeling het NHI voor alle Nederlandse huisartsen te laten functioneren, bij de samenstelling van een geheel

nieuw stichtingsbestuur leek het van belang ook een zo breed mogelijke representatie van de huisartsenwereld daarin te verzekeren. Men besloot derhalve zes huisartsen te vragen, die allen zowel LHV- als NHG-lid dienden te zijn. Drie van hen, onder wie de voorzitter, met het accent op het Genootschapsaspect en drie met het accent op de LHV-doelstelling.

Daar er tevens bij het oude Stichtingsbestuur en de directie en staf behoefte bleek te bestaan aan een vertegenwoordiging in het nieuwe bestuur van een meer gespreide deskundigheid op die terreinen, waarmee de huisarts in zijn werk en dus ook het NHI in zijn activiteiten te maken heeft, werd getracht bestuursleden uit andere disciplines aan te trekken. Zo werd een sociaal geneeskundige gevraagd, een niet-arts, tevens penningmeester en een adviserend lid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst waarbij werd verzocht om een specialist. Uitgaande van het standpunt dat het NHI als dienstverlenend instituut voor de Nederlandse huisartsen een geheel eigen, onafhankelijke plaats inneemt, is geen vertegenwoordiger van de universitaire instituten in het bestuur opgenomen. Het NHI zou meer als coördinatiepunt voor de universitaire partners willen fungeren. Gezien ook de gezonde rivaliteit tussen de universitaire instituten, lijkt het onjuist één hunner een nationaal instituut mede te laten besturen. Tenslotte werd een vertegenwoordiger van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid een plaats aan de groene tafel aangeboden.

Als naam voor de nieuwe stichting werd „Stichting Nederlands Huisartsen-Instituut” gekozen om geen enkele vaagheid ten aanzien van de doelstelling te laten bestaan. Deze luidt volgens artikel 2 der statuten als volgt: „Bevordering van de volksgezondheid door ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde door middel van exploitatie van het NHI”.

Op 10 december 1970 droeg het oude bestuur van de Stichting tot Bevordering der Huisartsgeneeskunde zijn bestuursmandaat over aan de nieuwe formatie, die het bestuur van de Stichting Nederlands Huisartsen-Instituut zal gaan vormen en wel officieel per 1 januari 1971.

Een der eerste zorgen van dit bestuur zal zijn samen met staf en directie van het NHI te streven naar een personeelsbezetting, die het Instituut in staat zal stellen zijn functie niet alleen goed uit te oefenen, maar deze ook verder te ontwikkelen. Deze functie is in de eerste plaats gericht op de dienstverlening aan de Nederlandse huisarts, die met al zijn vragen hier terecht moet kunnen, of het nu medische vraagstukken, bewegwijzeringsvragen of structurele problemen zijn. Voorts dient het aandeel, dat het NHI in de nascholingsstructuur voor huisartsen heeft, te worden voortgezet en uitgebouwd. Het NHI zal zich als „epidemiologisch centrum” (F. de Waard, (1965) huisarts en weten-

schap 8, 5-7) moeten waar maken. Hieraan wordt thans in het project der peilstations gewerkt. Bovenal zal het NHI dit alles moeten registreren en in kaart brengen, opdat de gegevens ook kunnen dienen als informatie of studie-onderwerpen voor de universitaire instituten, de overheid en andere instellingen, zoals de Maatschappij. Ook de documentatie dient een belangrijke plaats in te nemen. Tenslotte zal studie en begeleiding van samenwer-

kingsstructuren voor huisartsen een belangrijke taak zijn.

Hoe dit NHI met eigen directie, dus los van het Utrechts Huisartsen-Instituut, maar met behoud van een goede samenwerking hiermede, zijn eigen plaats hoopt te vinden, zij aan zij met het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarmede het de doelstelling deelt, hoop ik in een volgend artikel uiteen te zetten.

## De taak van de huisarts bij het acute myocardinfarct

DOOR DR. J. TH. CH. VONK, CARDIOLOOG TE NIJMEGEN

### *Sterfte aan hart- en vaatziekten.*

Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek — (1969) Med. Contact 37, 1035 — blijkt duidelijk dat de betekenis van hart-vaatziekten als doodsoorzaak in de loop van deze eeuw in Nederland zeer sterk is toegenomen. Daarbij blijkt de groep arteriosclerotische en degeneratieve hartziekten de belangrijkste te zijn en de grootste toename te vertonen.

In het door de Nederlandse Hartstichting uitgegeven eerste nummer van Hartbulletin — (1970) 1, 11 — dat aan iedere arts in Nederland werd toegezonden, staat het verloop van de sterfte aan coronaire hartziekten in Nederland van de jaren 1950 tot 1968 naar sekse en leeftijd vermeld. Bij mannen onder de 80 jaar is de sterfte - getuige deze publikatie - toegenomen, vooral in de jongere leeftijdsgroepen. Daarentegen is bij vrouwen de sterfte onder de 60 jaar constant gebleven en daarboven zelfs enigszins gedaald. Sterfte aan coronaire hartziekte maakt in Nederland bij mannen van 45 tot 80 jaar bijna eenderde deel en bij vrouwen boven de 60 jaar eenkwart van de totale sterfte uit.

Ook in andere geïndustrialiseerde landen blijkt de atherosclerose van de kransslagaderen de hoogste plaats in te nemen onder de doodsoorzaken - (1970) Med. Contact 38, 1007. De ziekte is verantwoordelijk voor 50 tot 60 procent van de sterften gevolge van hart-vaatziekten, die op zichzelf omstreeks de helft van de totale sterfte in genoemde landen veroorzaken.

*Sterfte in de tijd.* Gegevens uit het buitenland (*Fulton en medewerkers*) wijzen er op dat 15 tot 30 procent van de patiënten met een acuut myocardinfarct binnen één uur na het ontstaan van het infarct overlijden, dat wil zeggen 40 tot 75 procent van het totale aantal sterfgevallen. Na de eerste 24 uur zijn 30 tot 40 procent van alle patiënten met een acuut myocardinfarct overleden, hetgeen neerkomt op 60 tot 90 procent van alle doden. De vervolgperiodes van de series patiënten waarop de

ze getallen berusten, variëren van zeven dagen tot een jaar, hetgeen uiteraard van invloed op bovenstaande getallen is.

Bij een aantal onderzoeken waarbij de vervolgperiodes twee tot vier weken bedroegen, lag de mortaliteit in het eerste uur rond 50 procent van het totale aantal doden. Bij een onderzoek in Belfast betreffende 998 fataal verlopen gevallen van ziekte van de kransslagader (*McNeilly en Pember-ton*) bleken 596 patiënten (60%) buiten het ziekenhuis te zijn overleden. Van hen leefde nog 38 procent meer dan een half uur na het begin van de aanval, 31 procent meer dan één uur en 24 procent meer dan twee uur. Uit een recent onderzoek, verricht in de Verenigde Staten van Noord-Amerika (*Kuller*), bleek dat 67 procent van het totale aantal overledenen binnen 24 uur aan een myocardinfarct was bezweken. Tijdens het transport naar het ziekenhuis overlijden weinig patiënten, waarschijnlijk 1 tot 2 procent van de dodelijk verlopende gevallen (*Armstrong*).

*Directe doodsoorzaak.* Gebleken is dat bij ongeveer 90 procent van de patiënten met een acuut myocardinfarct ritmestoornissen voorkomen. *Lown* vond bij 70 procent ventriculaire extrasystolen, bij ongeveer 30 procent ventriculaire tachycardie en bij iets meer dan 10 procent kamervibrilleren.

Ook brady-aritmieën komen in de eerste periode na het ontstaan van een hartinfarct veelvuldig voor, vooral bij het onderwandinfarct. *Adgey en medewerkers* vonden bij een serie patiënten die binnen één uur onder bewaking kwam in 61 procent een brady-aritmie waaronder ook tweedegraads- en totaal atrioventriculair blok. Uit ter beschikking staande gegevens lijkt het zeer waarschijnlijk dat kamervibrilleren in verreweg de meeste gevallen als de directe doodsoorzaak bij het acute myocardinfarct moet worden beschouwd.

Bovengenoemde ritmestoornissen, inclusief het kamervibrilleren, zijn vaak voor therapie toeganke-lijk. Daar kamervibrilleren altijd begint met min-